Оперативная гинекология

Москва
Издательство Университета дружбы народов
1985

2

Министерство
высшего и среднего специального образования СССР

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

Учебное пособие

Москва
Издательство Университета Дружбы народов
1985

ББК 57.157
Е58

Утверждено
Редакционно-издательским советом
Университета

Оперативная гинекология: Учеб. пособие / Под ред. Ельцова-Стрелкова В. И., Мареева Е. В. — М.: Изд-во УДН, 1985. — 88 с., ил.

Учебиое пособие по оперативиой гинекологии написано в соответствии с программой преподавания гинекологии в медициисках вузах и содержит сведения по одному из осиовиых разделов гинекологии — хирургическому. Авторы сочетают повествовательную форму изложения материала с формой вопросов и ответов, что позволяет коикретизировать изложение и облегчает понимаиие зиачительной по объему и сложиой по типу ииформации. Киига сиабжена большим количеством рисунков, иллюстрирующих техиику оперативного лечения гинекологических заболеваиий.

Предназначеио для студентов-меднков, стажеров н клинических ординаторов, а также может быть рекомеидовано молодым врачам.

Подготовлено иа кафедре акушерства и гинекологии.

Авторский коллектив:
А. Я. Голдииа, Ю. М. Дурандин, Н. П. Ермолова, Н. В. Лебедев, Е. В. Мареев, Т. В. Смириова, М. Г. Шипуло

Под редакцией заслужеиного деятеля иауки РСФСР,
профессора В. И. Ельцова-Стрелкова,
доцента Е. В. Мареева

Рецензенты:
доктор медицинских наук В. В. ЧЕРНАЯ,
кандидат медицинских наук Б. А. ЕРОШИН

О $\frac{4123000000 - 026}{093(02) - 85}$ —39—85

Глава I

НЕКОТОРЫЕ ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Выполнение гинекологических операций, как и других хирургических вмешательств, требует хорошего знания анатомии (в данном случае нижних отделов брюшной полости и промежности), владения техникой оперативного вмешательства, наличия технических условий для производства операции (операционная, стерильный инструментарий, возможность проведения обезболивания и др.).

При выполнении гинекологических операций наряду с инструментами, применяемыми в общехирургической практике (скальпели, пинцеты, зажимы и т. п.), используются специальные гинекологические инструменты: влагалищные зеркала с подъемниками, кюретки для выскабливания стенок полости матки, абортцанги, расширители шеечного канала матки, щипцы для фиксации тела матки (Мюзо, пулевые) (рис. 1).

Для производства любой операции обязательным условием является адекватное обезболивание.

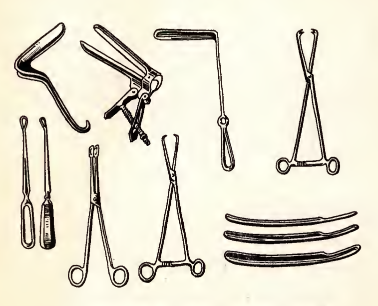


Рис. 1. Инструменты для гинекологических операций

1. Какие виды обезболивания применяются при производстве гинекологических операций?

Наиболее часто при выполнении гинекологических операций применяется ингаляционный эндотрахеальный наркоз. Применение релаксантов при этом виде обезболивания обеспечивает удобство работы хирурга и безопасность для больной.

В зависимости от объема операции может использоваться также кратковременный внутривенный или ингаляционный масочный наркоз, иногда применяется перидуральная или местная анестезия (пудендальная, инфильтрационная).

2. Какие варианты операционного доступа применяются при гинекологических операциях?

Существуют две основные разновидности операционного доступа при гинекологических операциях: брюшно-стеночный и влагалищный. Лапаротомия для производства гинекологических операций производится поперечным надлобковым разрезом (по Пфанненштилю) или продольным разрезом от пупка до лона (рис. 2).

При влагалищном доступе больная помещается на операционном столе с поднятыми и разведенными нижними конечностями, которые фиксируются специальными ногодержателями (рис. 3).

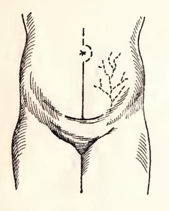


Рис. 2. Основные варианты оперативного доступа при гинекологических операциях

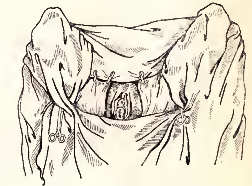


Рис. 3. Положение больной при влагалищной операции

3. В каких случаях применяется нижнесрединная лапаротомия?

Нижнесрединная лапаротомия используется при повторных чревосечениях (с удалением старого продольно расположенно-

го рубца) в случаях, когда предполагается большой объем операции или он не известен до вскрытия брюшной полости. Необходимость в таком разрезе может возникать также при чрезмерно развитой подкожно-жировой клетчатке. Преимуществом этого разреза является возможность его продолжения кверху (обходя пупок слева), техническая простота исполнения, хороший доступ к операционному полю. Его недостаток в том, что все слои брюшной стенки разрезаются в одном направлении, что увеличивает риск эвентрации при воспалительных осложнениях после операции, а также ограничение активности ведения первых дней послеоперационного периода.

4. Каковы преимущества поперечного надлобкового разреза?

Поперечный надлобковый разрез при клиновидном рассечении апоневроза (в виде римской цифры V) обеспечивает достаточно хороший доступ к органам малого таза. При этом варианте операционного доступа мышцы передней брюшной стенки и апоневроз разрезаются в противоположных направлениях, что уменьшает риск эвентрации при воспалительных осложнениях. К немаловажным преимуществам поперечного надлобкового разреза относится возможность раннего вставания, более активного поведения больной в послеоперационном периоде, что предупреждает гипостатические осложнения (пневмонии, тромбозы и др.). Другим преимуществом является также косметичность послеоперационного шва, так как разрез производится по имеющейся естественной складке, а зашивание — наложением подкожного кетгутового шва.

5. Как осуществляется подготовка больной к оперативному вмешательству?

Накануне плановой операции больная принимает ванну или моется под душем. Перед операцией тщательно сбривают волосы с лобка и наружных половых органов, производят опорожнение мочевого пузыря, в него вводится резиновый катетер (в случае брюшно-стеночного доступа). Подготовка кишечника перед плановой операцией производится с помощью очистительных клизм — вечером накануне и утром в день операции. Перед плановой операцией больная не ужинает и не завтракает.

Перед доставкой в операционную на больную одевают стерильную рубашку и покрывают голову косынкой. При производстве экстирпации матки брюшно-стеночным доступом во влагалище вводится марлевый тампон.

Оперируемая доставляется в операционную на каталке, ее укладывают на операционный стол, накрытый стерильной простыней, на ноги одевают стерильные полотняные чулки.

6. Как производится подготовка операционного поля?

Кожу передней брюшной стенки обрабатывают спиртом и йодонатом (или 5% настойкой йода).

Особое внимание уделяется обработке пупка.

Дезинфекцию кожи производят далеко за границами предполагаемого разреза, при этом обработку начинают с области будущего разреза, удаляясь от нее к периферии.

При выполнении влагалищных операций таким же образом обрабатывают влагалище и кожу промежности, лобка, внутренних поверхностей бедер.

После обработки операционного поля живот (или промежность) укрывают стерильными простынями соответственно направлению предполагаемого разреза.

7. Какова техника вскрытия передней брюшной стенки продольным разрезом?

Разрез в большинстве случаев производится от пупка до верхнего края лона, при этом рассекают кожу с подкожно-жировой клетчаткой, которую отсепаровывают от апоневроза (рис. 4).

Кровоточащие сосуды захватывают зажимами и перевязывают кетгутом. После разреза кожи скальпель меняют на стерильный и рассекают апоневроз, отступая влево на 0,5—1 см от средней линии. При этом обычно вскрывается передний листок влагалища левой прямой мышцы живота. Разрез может быть также произведен ножницами (рис. 5). После отделения



Рис. 4. Нижнесрединная лапаротомия. Рассечение кожи и подкожной клетчатки

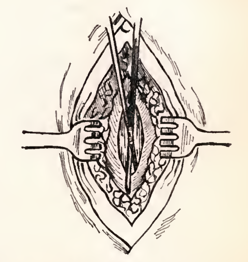


Рис. 5. Нижнесрединная лапаротомия. Рассечение апоневроза

в сторону обнажившейся прямой мышцы и раздвигания тупым путем пирамидальных мышц в нижнем отделе раны обнажается предбрюшинная клетчатка. Ее разделяют тупым путем и ножницами, доходя до брюшины.

Брюшину вскрывают ближе к пупку, опасаясь ранения мочевого пузыря. Делают это скальпелем, натягивая брюшину между двумя анатомическими пинцетами (рис. 6). Затем под контролем зрения между двумя пальцами, введенными в рану, продлевают разрез ножницами книзу и кверху. Края брюшины прикрепляют зажимами Микулича к стерильным простыням, отграничивая брюшную полость от мышц, клетчатки и кожи.

8. Как производится зашивание раны передней брюшной стенки после нижнесрединной лапаротомии?

После описанной нижнесрединной лапаротомии и выполнения самой операции рану обкладывают свежими полотенцами, заменяют весь инструментарий на стерильный. Хирург, ассистенты и операционная сестра моют руки (в перчатках) дезинфицирующим раствором и спиртом.

На разрез брюшины накладывается непрерывный обвивной шов кетгутом (рис. 7), при этом нужно следить, чтобы края брюшины не вворачивались вовнутрь, а выворачивались наружу. Последний шов затягивается петлей и этой же ниткой снизу вверх соединяются края прямых мышц живота.

Края апоневроза соединяют отдельными кетгутовыми или шелковыми швами (рис. 8), иногда чередуют кетгутовые и

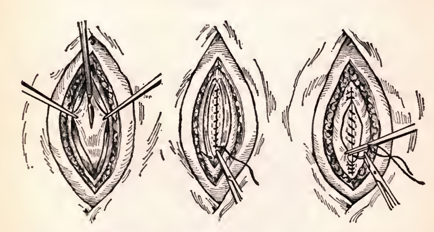


Рис. 6. Нижнесрединная лапаротомия. Вскрытие брюшины

Рис. 7. Нижнесрединная лапаротомия. Зашивание раны передней брюшной стенки. Наложение швов на брюшину

Рис. 8. Нижнесрединная лапаротомия. Зашивание раны передней брюшной стенки. Наложение швов на апоневроз

шелковые швы. Швы накладывают попеременно на нижний и верхний углы раны апоневроза, идя к середине.

Подкожно-жировую клетчатку сшивают несколькими кетгутовыми швами, после чего зашивают шелковыми отдельными швами кожную рану.

Поверх кожных швов накладывают стерильную марлевую салфетку, укрепляя ее на коже клеолом.

Шелковые швы снимают обычно на 8-й день после операции.

9. Какова техника поперечного надлобкового чревосечения?

Поперечный надлобковый разрез (по Пфанненштилю) производят скальпелем по естественной надлобковой складке, примерно на 3 см выше лона.

Кожа и подкожно-жировая клетчатка разрезаются скальпелем до апоневроза, скальпелем надрезается апоневроз по обе стороны от белой линии над прямыми мышцами (рис. 9).



Рис. 9. Лапаротомия поперечным надлобковым разрезом. Рассечение кожи и подкожной клетчатки

Производят лигирование кровоточащих сосудов, после чего апоневроз рассекают ножницами дугообразно кверху вправо и влево (рис. 10), накладывают на края разреза в области белой

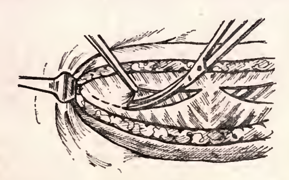


Рис. 10. Лапаротомия поперечным надлобковым разрезом. Рассечение апоневроза

линии зажимы Микулича и отслаивают апоневроз вверх и вниз. При этом подсекается соединительно-тканная прослойка между влагалищами прямых мышц живота (рис. 11).

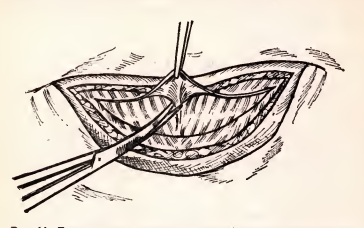


Рис. 11. Лапаротомия поперечным надлобковым разрезом. Рассечение прослойки между влагалищами прямых мышц живота

10. Как производится зашивание передней брюшной стенки при поперечном надлобковом чревосечении?

Брюшину и мышцы зашивают непрерывным кетгутовым швом, как и при продольном разрезе передней брюшной стенки.

Зашивание апоневроза производят непрерывным кетгутовым швом, делая петли (по Ревердену), или отдельными шелковыми швами (рис. 12).

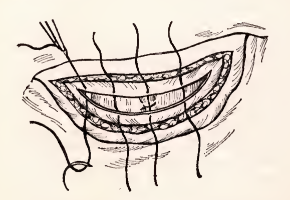


Рис. 12. Лапаротомия поперечным надлобковым разрезом. Зашивание апоневроза

После соединения подкожно-жировой клетчатки несколькими отдельными швами накладывают подкожный (косметический) кетгутовый шов, сопоставляя края кожной раны.

На кожу помещается марлевая салфетка со спиртом и делается стерильная наклейка.

Глава II

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ГИНЕКОЛОГИИ

В гинекологической практике нередко встречается необходимость осуществления малого оперативного вмешательства с целью установления диагноза.

1. Какие диагностические операции наиболее часто применяют в гинекологии?

Наиболее часто применяют следующие диагностические операции: 1) биопсия, 2) зондирование полости матки, 3) диагностическое выскабливание стенок полости матки и цервикального канала, 4) пункция брюшной полости через задний свод влагалища.

2. Что такое биопсия?

Биопсия — это иссечение кусочка патологического образования в области наружных половых органов, влагалища, влагалищной части шейки матки с целью определения гистологической формы патологического процесса.

3. Какими инструментами может быть произведена биопсия?

Биопсия может быть произведена с помощью скальпеля, конхотома или петлей электрода от аппарата для электрокоагуляции.

4. Какова техника ножевой биопсии шейки матки?

Техника ножевой биопсии шейки матки несложна. После дезинфекции вульвы, кожи промежности и влагалища раствором йода обнажают шейку матки при помощи зеркал, обрабатывают ее спиртом, захватывают пулевыми щипцами и низводят. Скальпелем производят клиновидное иссечение ткани с основанием наружу (размером не менее 1 см) и вершиной в толще ткани таким образом, чтобы в него входила патологически измененная (эрозия, лейкоплакия и др.) и здоровая ткань (рис. 13). Нельзя захватывать пинцетом эпителиальный покров вырезаемого кусочка, чтобы его не повредить.

Кровотечение из раны останавливают тампонадой влагалища или наложением на рану 1—2 кетгутовых швов.

5. Что такое зондирование полости матки?

Зондирование полости матки — это операция для опреде-

ления положения и направления полости матки, ее длины и состояния рельефа стенок матки.

6. Каким инструментом производят зондирование матки?

Зондирование матки производят маточным зондом (рис. 14), изготовленным из мягкого металла, длиной 25 см, диаметром 3 мм. На конце зонда имеется пуговка и утолщение на расстоянии 7 см от пуговки, соответствующее нормальной длине полости матки; на поверхности зонда нанесены сантиметровые деления.

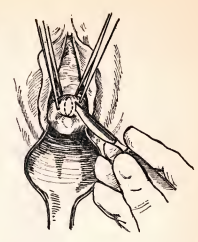


Рис. 13. Ножевая биопсия шейки матки

7. В каких случаях производят зондирование матки?

Зондирование матки производят перед диагностическим выскабливанием полости матки, при искусственном аборте, для определения аномалий развития матки, субмукозного узла в матке и др.



Рис. 14. Маточный зонд

8. Каковы противопоказания для зондирования матки?

Противопоказанием для зондирования матки являются острые и подострые воспалительные процессы половых органов, подозрение на маточную или внематочную беременность.

9. В каких условиях производят зондирование матки?

Зондирование матки производят только в условиях стационара с соблюдением правил асептики и антисептики.

10. Какова техника зондирования полости матки?

Прежде всего маточный зонд изгибают соответственно положению матки, определенному при двуручном влагалищном исследовании.

После дезинфекции наружных половых органов шейку матки обнажают при помощи зеркал, влагалище и влагалищную часть шейки матки протирают спиртом. Пулевыми щипцами захватывают переднюю губу шейки матки, после чего удаляют подъемник, а зеркало передают держать ассистенту.

Левой рукой оперирующий пулевыми щипцами низводит и фиксирует шейку матки, а правой рукой берет зонд так, чтобы рукоятка его лежала свободно между большим и указательным пальцами (рис. 15). Вводят зонд в канал шейки

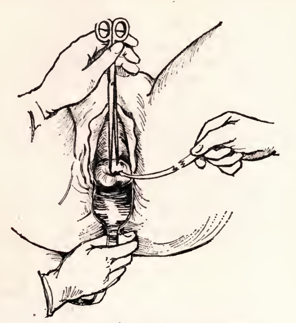


Рис. 15. Введение зонда в полость матки

матки и без применения силы осторожно продвигают его в полость до дна матки. В случае препятствия при продвижении зонда меняют его направление (рис. 16). По окончании зондирования извлекают зонд, снимают пулевые щипцы и влагалищную часть шейки матки смазывают йодом.

11. Какую информацию получают при зондировании матки?

По шкале маточного зонда определяют длину полости матки. Увеличение или уменьшение длины полости матки указывает на патологию (аденомиоз, миома матки, гипоплазия матки и т. д.). Различная длина в области углов матки указывает на ее асимметрию. Направление движения зонда определяется положением матки: в положении anteversio зонд направляется кпереди, в положении retroversio зонд направляется кзади. Рельеф стенок полости матки в норме гладкий, ровный. Плотная неровная поверхность, выдающаяся в полость,

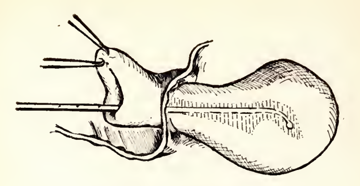


Рис. 16. Изменение направления зондирования полости маткн при препятствии

говорит о наличии субмукозной миомы (рис. 17). Участки мягкой консистенции подозрительны на злокачественный процесс. При аномалиях развития матки определяется перегородка в матке или двойная матка. Кровяные выделения во время зондирования или после него могут появиться ввиду легкого ранения тканей при полипозе, эндометрите или раке матки.

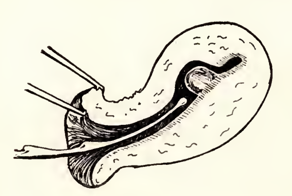


Рис. 17. Зондирование полости матки. Субмукозный узел миомы матки

12. Какие осложнения могут быть при зондировании?

При зондировании матки можно образовать ложный ход или перфорировать стенку матки. Это может произойти, если перед зондированием не произведено влагалищное исследование и не определено положение матки, а также если введение зонда осуществлялось с усилием.

13. Что представляет собой операция диагностического выскабливания стенок полости матки?

Диагностическое выскабливание стенок полости матки представляет собой инструментальное удаление функционального слоя слизистой оболочки матки вместе с патологическими образованиями, которые могут из нее исходить.

14. При каких условиях производится диагностическое выскабливание стенок полости матки?

Диагностическое выскабливание стенок полости матки должно производиться только в условиях стационара при строгом соблюдении асептики и антисептики. Обезболивание: местная парацервикальная анестезия 0,25% раствором новокаина или масочный наркоз эфиром или закисью азота.

15. Каковы показания для диагностического выскабливания стенок полости матки?

Показаниями для диагностического выскабливания стенок полости матки являются маточные кровотечения, дисфункциональные нарушения менструального цикла, подозрение на злокачественные опухоли матки, плацентарный и децидуальный полипы, гиперплазию и полипоз слизистой полости матки, неполный выкидыш и др. При полипах, гиперплазии, неполных выкидышах выскабливание производят не только с диагностической, но и с терапевтической целью.

16. Что является противопоказанием для выскабливания стенок полости матки?

Противопоказаниями для выскабливания стенок полости матки являются острые воспалительные процессы в половых органах.

17. Какова техника диагностического выскабливания стенок полости матки?

После дезинфекции наружных половых органов и влагалища шейку матки обнажают при помощи зеркал, обрабатывают спиртом и за переднюю губу захватывают пулевыми щипцами. Если матка в ретрофлексии, то лучше захватить шейку за заднюю губу. Производят зондирование полости матки и расширение канала шейки расширителями Гегара до № 9—10. Расширители вводят, начиная с малых номеров, только силой пальцев руки, а не всей рукой. Расширитель не доводят до дна матки, достаточно провести его за внутренний зев. Каждый расширитель надо оставить в канале на несколько секунд; если последующий расширитель входит с большим трудом, то следует еще раз ввести предыдущий расширитель. После расширения канала шейки приступают к выскабливанию стенок полости матки, используя для этого острые кюретки разных размеров. Кюретку следует держать свободно, без упора на рукоятку (рис. 18). В полость матки ее осторожно вводят до дна матки (рис. 19), затем нажимают на

рукоятку кюретки, чтобы петля ее скользила по стенке матки, и выводят ее сверху вниз к внутреннему зеву. Для выскабливания задней стенки, не извлекая кюретки из полости матки, поворачивают ее осторожно на 180°.



Рис. 18. Положение пальцев руки при введении кюретки

Выскабливание производят в определенном порядке: сначала выскабливают переднюю стенку, затем левую боковую, заднюю, правую боковую и углы матки. Соскоб тщательно собирают в баночку с 10% раствором формалина и отправляют на гистологическое исследование.

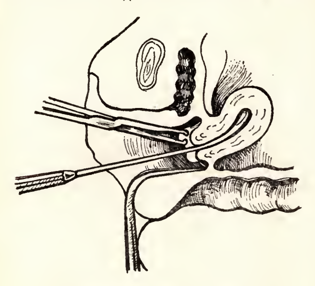


Рис. 19. Введение кюретки в полость матки

18. Какие особенности могут быть при выскабливании стенок полости матки?

Особенности при выскабливании матки зависят от характе-

ра патологического процесса. Неровная, бугристая поверхность полости матки может быть при интерстициальной или субмукозной миоме, поэтому при обнаружении этого выскабливание надо производить осторожно, чтобы не повредить капсулу миоматозного узла. Повреждение капсулы миоматозного узла может вызвать кровотечение, некроз узла и его инфицирование.

Соскоб может иметь вид крошковатых масс, характерных для распадающихся злокачественных опухолей. В таких случаях не следует производить полного выскабливания, чтобы не перфорировать стенку матки, измененную опухолью. Во всех случаях подозрения на злокачественную опухоль следует производить раздельное диагностическое выскабливание матки.

19. Что такое раздельное диагностическое выскабливание?

Рездельное выскабливание заключается в том, что сначала производят выскабливание слизистой оболочки цервикального канала, не заходя за внутренний зев. Соскоб собирают в отдельную пробирку. Затем выскабливают слизистую полости матки и этот соскоб помещают в другую пробирку. В направлениях на гистологическое исследование отмечают, из какой части матки получен соскоб.

20. Как ведут послеоперационный период после выскабливания стенок полости матки?

После выскабливания стенок полости матки больную на каталке доставляют в палату. Назначают холод на низ живота. Через 2 ч разрешают вставать. Выписывают под наблюдение женской консультации на 3-й день, если нет осложнений.

21. Каковы показания для пункции брюшной полости через задний свод влагалища?

Показанием для пункции через задний свод влагалища является подозрение на наличие свободной жидкости в полости малого таза. Пункция производится с целью уточнения диагноза внематочной беременности при нечетко выраженной клинической картине. В случаях трудной дифференциальной диагностики между пельвиоперитонитом и нарушенной внематочной беременнностью пункция помогает распознать воспалительный процесс. Иногда пункцию применяют с целью выяснения направления разреза при кольпотомии.

22. В каких условиях производят пункцию заднего свода?

Пункцию заднего свода производят в условиях стационара при соблюдении всех правил асептики и антисептики. Перед операцией необходимо опорожнить мочевой пузырь и кишечник.

23. Каким инструментом производят пункцию заднего свода?

Пункцию заднего свода производят толстой иглой длиной 10—12 см, надетой на 10-граммовый шприц.

24. Какие методы анестезии применяют при пункции заднего свода?

Прн пункцин заднего свода применяют масочный (закнсно-кислородный, фторотановый н др.), внутрнвенный наркоз нли местную анестезню раствором новоканна 0,25% 5—10 мл.

25. Какова техника пункции заднего свода?

Больную укладывают на гинекологнческое кресло. Наружные половые органы, влагалнще и шейку матки дезннфицируют спнртом н 5% йодной настойкой. При помощи заднего зеркала н подъемника обнажают влагалищную часть шейки матки и за заднюю губу захватывают ее пулевымн щнпцами. Подъемник удаляют, заднее зеркало передают асснстенту. Шейку матки за пулевые щнпцы потягнвают на себя н кпередн, одновременно зеркалом надавлнвают на заднюю стенку влагалища н таким образом макснмально растягнвают задний свод. Под шейкой маткн строго по средней лнннн, отступя на 1 см от места перехода свода во влагалищную часть шейки маткн, проводят иглу через заднні свод (рис. 20). Игла проннкает на глубину 2—3 см. При проколе свода получается ощущенне провалнвания нглы в пустоту. После этого нужно потянуть поршень шпрнца на себя. Жндкость набирается в шпрнц. Еслн жндкость не ндет в шпрнц, можно осторожно продвннуть нглу вглубь нлн, наоборот, медленно ее нзвлекать и одновременно потягивать поршень шприца на себя.

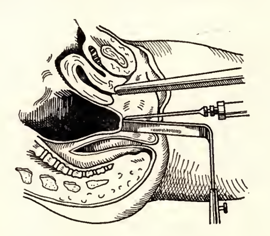


Рис. 20. Пункция заднего свода влагалнща

Полученный пунктат осматрнвают, определяют его характер, цвет, запах. По показаниям пронзводят бактернологнческое, цнтологическое нлн бнохнмнческое его нсследованне.

При прервавшейся внематочной беременности пунктат будет представлять собой жидкую кровь темного цвета. На белой салфетке обнаруживаются мелкие темные сгустки крови.

Глава III
ОПЕРАЦИИ НА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ И ВЛАГАЛИЩЕ

Вскрытие абсцесса большой железы преддверия влагалища

1. Каковы показания к операции?

Наличие резко болезненной опухоли в области нижней трети большой половой губы, затрудняющей вход во влагалище.

2. В чем заключается подготовка к операции?

Подготовка к операции заключается в следующем: 1) очистительная клизма и опорожнение мочевого пузыря, 2) бритье волос на наружных половых органах, 3) спринцевание влагалища дезинфицирующим раствором, 4) обработка внутренней поверхности бедер, промежности, вульвы и влагалища спиртом и йодом.

3. Какое обезболивание применяется при этой операции?

Для выполнения этой операции применяется местная инфильтрационная анестезия или кратковременный внутривенный наркоз.

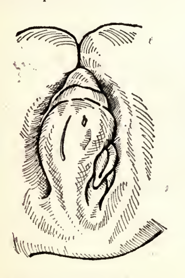


Рис. 21. Вскрытие абсцесса большой железы преддверия влагалища

4. Какова техника операции?

Абсцесс большой железы преддверия вскрывают продольным разрезом, который производят параллельно малой половой губе, снаружи или внутри от нее (рис. 21). После опорожнения абсцесса полость его промывают фурацилином и дренируют марлевой полоской или тонкой резиновой трубкой.

5. Когда можно удалить дренаж?

Дренаж удаляют после прекращения гнойных выделений (на 5—6-й день после операции).

6. Какова обработка раны после операции?

Рану в послеоперационном периоде ежедневно промывают

перекисью водорода и фурацилином (1 : 5000) до ее очищения, затем вводят масляные турунды или тампоны (с мазью Вишневского или синтомициновой эмульсией и др.).

Удаление кисты большой железы преддверия влагалища

1. Каковы показания к операции?

Показаний к операции несколько: 1) рецидивирующие абсцессы большой железы преддверия, 2) наличие незаживающего свищевого хода после вскрытия ложных абсцессов большой железы преддверия, 3) киста большой железы преддверия влагалища и ее протока.

2. В чем заключается подготовка больной к операции?

Подготовка больной к операции производится так же, как и при вскрытии абсцесса.

3. Какое обезболивание применяется при этой операции?

Местная инфильтрационная новокаиновая анестезия или интубационный наркоз.

4. Какой разрез кожи целесообразнее применять?

Целесообразно применять овальный разрез кожи над кистой снаружи от малой половой губы (рис. 22). При этом значительная часть капсулы и кожи остается на поверхности удаляемой кисты, что сокращает время выделения и уменьшает опасность разрыва капсулы.

5. Как производится удаление кисты?

Удаление кисты большой железы преддверия производится преимущественно острым путем (скальпелем или изогнутыми ножницами) (рис. 23). Осторожно и постепенно вылущивают всю кисту и удаляют ее вместе с выводным протоком. Следует помнить, что на жизнезаднем полюсе находится остаток железы, который необходимо удалить.

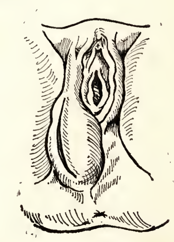


Рис. 22. Удаление кисты большой железы преддверия влагалища. Разрез кожи

6. Какова техника зашивания ложа кисты?

Ложе кисты после ее удаления постепенно зашивают погружными кетгутовыми швами (рис. 24).

7. Как зашивают кожу?

На кожу накладывают узловатые шелковые швы; если же-

лезу удаляют по поводу рацидивирующих абсцессов или незаживающего свища, то рану наглухо не зашивают, а в нижний угол раны вводят дренажную резиновую трубочку.

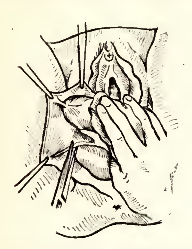


Рис. 23. Удаление кисты большой железы преддверия влагалища. Вылущивание кисты из ложа

Рис. 24. Удаление кисты большой железы преддверия влагалища. Зашивание ложа кисты

8. Каковы возможные осложнения при этой операции?

Возможные осложнения при описанной операции — разрыв капсулы кисты и значительное кровотечение. Тщательное вылущивание кисты и хороший гемостаз предупреждают или уменьшают возможность таких осложнений.

Вскрытие заднего влагалищного свода (задняя кольпотомия)

1. Каковы показания к операции?

Показаниями к операции являются наличие осумкованных гнойников в прямокишечно-маточном углублении, образовавшихся при послеродовом и послеабортном перитоните или при воспалительном выпоте.

2. Что должно предшествовать вскрытию заднего влагалищного свода?

Вскрытию заднего влагалищного свода должна предшествовать его пункция, чтобы подтвердить наличие гноя в брюшной полости, после чего шприц удаляют, а иглу оставляют для ориентира.

3. Как вскрывают задний влагалищный свод?

По верхнему краю иглы скальпелем делают прокол заднего свода (рис. 25). Отверстие для свободного оттока гноя расширяют раскрытыми браншами корнцанга.

4. Надо ли вводить дренаж в кольпотомное отверстие?

В кольпотомное отверстие вводят дренаж, в противном случае оно через 1—2 дня закрывается в связи с развивающимся в ране слипчивым воспалительным процессом (рис. 26).

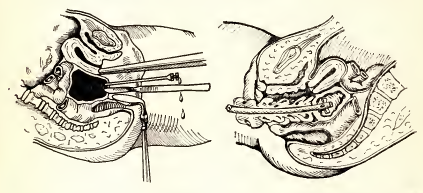


Рис. 25. Вскрытие задиего свода влагалища

Рис. 26. Дреиироваиие брюшной полости через задний свод влагалища

5. Как проверять проходимость дренажа?

Проходимость дренажа рекомендуется периодически проверять путем промывания антисептическими растворами.

6. Когда можно удалить дренаж?

При нормально протекающем послеоперационном периоде дренаж удаляют через 5—7 дней.

7. Когда противопоказана кольпотомия?

Кольпотомия противопоказана при мешотчатых образованиях придатков, наполненных гноем, так как в таких случаях кольпотомное отверстие превращается в конечном итоге в свищевой ход.

Операции на девственной плеве

1. Какие операции производятся на девственной плеве?

Производят рассечение ее при ригидности, иссечение девственной плевы и операцию при заращении девственной плевы с образованием гематокольпоса.

2. Каковы показания к операциям на девственной плеве?

Операции на девственной плеве производят при ее полном

заращении или выраженной ригидности, препятствующей половой жизни или истечению менструальной крови. Оперативное лечение применяют также, если не удается достигнуть растяжения плевы под наркозом до такой степени, чтобы можно было ввести четыре пальца.

3. Как выполняется рассечение девственной плевы?

Рассечение девственной плевы производят скальпелем в нижненаружном отделе, разрез следует доводить до основания плевы. Края раны растягивают, кровоточащие сосуды лигируют, а на края разреза накладывают отдельные швы из тонкого кетгута.

4. Как следует обрабатывать рану в послеоперационном периоде?

В послеоперационном периоде рекомендуется смазывание хода во влагалище стерильным вазелиновым маслом.

Иссечение девственной плевы

Как выполняют иссечение девственной плевы?

Иссечение девственной плевы выполняют следующим образом: сначала производят крестообразный разрез, а затем иссекают края раны между углами разрезов (рис. 27). После этого края иссеченной девственной плевы обшивают узловатыми швами из тонкого кетгута (рис. 28).

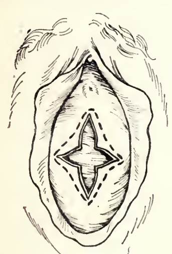


Рис. 27. Иссечение девственной плевы. Разрез и граница иссечения тканей

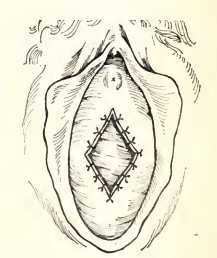


Рис. 28. Иссечение девственной плевы. Обшивание краев

Операция при заращении девственной плевы с образованием гематокольпоса

Операция при заращении девственной плевы с образованием гематокольпоса выполняется в условиях строжайшего соблюдения правил асептики.

1. Где производится разрез?

После обычной подготовки больной к влагалищной операции производят небольшой продольный разрез выпячивающейся девственной плевы, имеющей синеватый оттенок.

Для лучшего удаления крови, скопившейся во влагалище и матке, больной следует придать положение с опущенным тазом, а образовавшееся отверстие раскрыть введенными в него браншами пинцета или корнцанга.

Спешить с удалением крови, применяя давление со стороны брюшной стенки, особенно при наличии гематометры и гематосальпинкса, нельзя, так как последний при этом может разорваться.

2. Каковы дальнейшие этапы операции?

После опорожнения влагалища от основной массы содержимого разрез увеличивают вверх и вниз почти до основания девственной плевы и тщательно обшивают края разреза тонкими кетгутовыми швами. Если этого не сделать, обнаженные раневые поверхности срастаются и может снова возникнуть гематокольпос. После операции влагалище нельзя ни промывать, ни спринцевать или тампонировать из-за опасности вызвать восходящую инфекцию.

Операции при опущении стенок влагалища

Какие операции применяются при опущении и выпадении стенок влагалища?

При опущении и выпадении стенок влагалища применяются следующие операции: передняя кольпоррафия, задняя кольпоррафия и срединная кольпоррафия (операция Лефора — Нейгебауэра).

Передняя кольпоррафия

1. Каковы показания для передней кольпоррафии?

Показания для передней кольпоррафии: опущение передней стенки влагалища, опущение и выпадение передней стенки влагалища и задней стенки мочевого пузыря.

2. Какое обезболивание применяется при передней кольпоррафии?

Можно применить местную инфильтрационную анестезию

0,25% раствором новокаина, ингаляционный наркоз, нейролептанальгезию.

3. С чего начинается выполнение операции?

Влагалищную часть шейки матки обнажают зеркалами. Пулевыми щипцами, наложенными на переднюю губу, шейку матки низводят книзу так, чтобы вся передняя стенка влагалища была выведена из половой щели (рис. 29).

4. Как иссекается лоскут слизистой оболочки передней стенки влагалища?

Операционное поле растягивают четырьмя зажимами Кохера, один из которых накладывают на 2 см ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала. Второй зажим накладывают на 2 см выше наружного зева влагалищной части шейки матки, третий и четвертый зажимы — на боковые отделы выкраемового лоскута. Острым путем скальпелем сверху иссекается ромбовидной формы лоскут слизистой передней стенки влагалища (рис. 30).

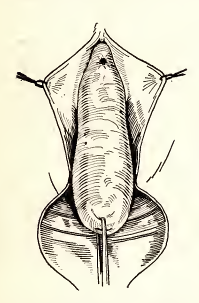


Рис. 29. Передняя кольпоррафия. Низведение шейки матки

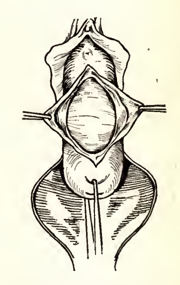


Рис. 30. Передняя кольпоррафия. Иссечение лоскута передней стенки влагалища

5. В чем заключается следующий этап операции?

Следующий этап операции — это пластика предпузырной фасции. Предпузырную фасцию рассекают сверху вниз, отсепаровывают от мочевого пузыря и от слизистой оболочки влагалища таким образом, что получаются два лоскута, которые

сшиваются внахлест «сюртучным» швом (рис. 31). Так производится укрепление предпузырной фасции. Операция заканчивается наложением узловатых или непрерывных кетгутовых швов на слизистую влагалища.

Задняя кольпоррафия (кольпоперинеоррафия)

1. Каковы показания для задней кольпоррафии?

Показаниями для этой операции являются опущение и выпадение задней стенки влагалища вследствие старых разрывов промежности или понижения тонуса тканей.

2. Каковы первые этапы операции?

Операция начинается с выкраивания лоскута слизистой оболочки задней стенки влагалища. Форма лоскута при кольпоперинеоррафии большей частью треугольная. Вершина этого треугольника находится по средней линии, ближе к своду, а основание определяется в зависимости от высоты восстанавливаемой промежности. Лоскут отсепаровывается острым путем (рис. 32).

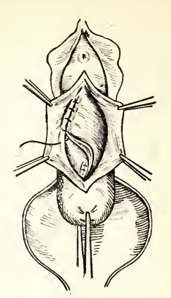


Рис. 31. Передняя кольпоррафия. Укрепление предпузырной фасции

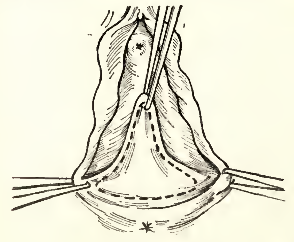


Рис. 32. Задняя кольпоррафия. Линия иссечения лоскута слизистой влагалища

3. Что делают после иссечения лоскута слизистой?

После иссечения лоскута слизистой накладывают погружные 2—3 узловатых кетгутовых шва на ножки леваторов (рис. 33). Слизистая влагалища восстанавливается непрерывным или отдельными кетгутовыми швами, на клетчатку промежности накладываются отдельные погружные кетгутовые швы, на кожу промежности — отдельные узловатые шелковые швы (рис. 34) или подкожный косметический шов.

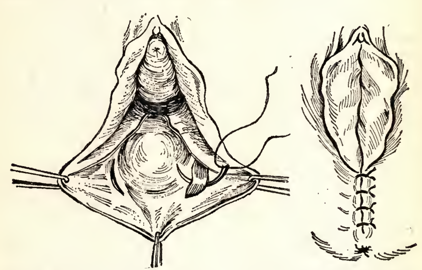


Рис. 33. Задняя кольпоррафия. Наложение швов на леваторы

Рис. 34. **Задняя кольпоррафия.** Операция закончена. Наложены швы на кожу промежности

Срединная кольпоррафия (операция Лефора — Нейгебауэра)

1. Каковы показания для срединной кольпоррафии?

Показаниями для операции является полное выпадение матки в старческом возрасте, когда нет подозрения на рак шейки и тела матки.

2. В чем заключается смысл операции?

Смысл операции сводится к удалению лоскутов одинаковых размеров из передней и задней стенок влагалища и сшиванию между собой освеженных поверхностей.

3. Как определяются границы удаляемых лоскутов?

Верхняя граница лоскута — на 2 см ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала, нижняя — на 2 см кпереди от наружного зева шейки матки, ширина зависит от ширины

влагалища. Лоскут такой же формы и величины иссекают из задней стенки влагалища (рис. 35).

4. Как сшиваются между собой освеженные поверхности?

Поверхности сшивают между собой узловатыми кетгутовыми швами, начиная с переднего и заднего свода, таким образом, что шейка «уходит» кверху во влагалище, а справа и слева остаются боковые каналы, нужные для оттока возможных выделений из шейки и полости матки (рис. 36).

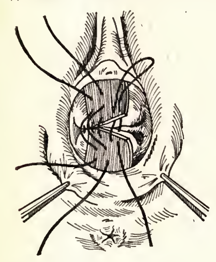


Рис. 35. Срединная кольпоррафия. Иссечены лоскуты на передней и задней стенках влагалища. Сшивание поверхностей

Рис. 36. Срединная кольпоррафия. Операция закончена

5. Каковы недостатки срединной кольпоррафии?

После такой операции исключается возможность половой жизни, шейка матки становится недоступной для осмотра и местного лечения.

Глава IV

ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ

Искусственное прерывание беременности в I триместре называется абортом в ранних сроках беременности. Аборт в ранние сроки может производиться как по желанию беременной прервать беременность (социальные показания), так и в случаях, когда продолжение беременности угрожает здоровью беременной (медицинские показания).

1. При каких условиях может быть произведен аборт по желанию беременной?

Искусственный аборт по желанию беременной может быть произведен:

1) при сроке беременности не более 12 нед (но не менее 6 нед);

2) при отсутствии признаков общего инфекционного заболевания или воспалительного процесса в острой или подострой стадии в малом тазу;

3) при наличии I или II степени чистоты влагалища.

2. Какую подготовку необходимо провести перед операцией?

Перед операцией необходимо опорожнить кишечник и мочевой пузырь и произвести бимануальное гинекологическое исследование для точного определения величины матки (срок беременности), ее положения в малом тазу (перегибы и отклонения), состояния шейки матки. Необходимо также убедиться в отсутствии воспалительных процессов в придатках матки, тазовой клетчатке и т. п.

Кожа внутренних поверхностей бедер и наружные половые органы беременной обрабатываются йодонатом.

3. Какое обезболивание может применяться при операции искусственного аборта?

Искусственный аборт может выполняться под местной анестезией (введение в парацервикальную клетчатку 0,5% раствора новокаина), при внутривенном введении короткодействующих наркотических препаратов (сомбревин, кеталар и др.) или под ингаляционным масочном наркозом закисью азота с кислородом.

4. Какие инструменты и аппараты необходимы для производства искусственного аборта?

Для производства искусственного аборта необходимы: ложкообразное влагалищное зеркало с подъемником, корнцанг, пулевые щипцы, маточный зонд, набор дилятаторов Гегара от № 4 до № 13 или виброрасширитель с набором наконечников, кюретки разных номеров или аппарат для вакуум-экскохлеации, абортцанг.

5. Какими инструментами лучше пользоваться для удаления из матки плодного яйца при сроках беременности 6—10 нед?

Удаление плодного яйца из полости матки при сроке беременности 6—10 нед лучше производить вакуум-экскохлеатором.

6. Какими инструментами чаще пользуются при искусственном аборте в сроки 11—12 нед?

При искусственном аборте в сроки 11—12 нед беременности чаще применяют абортцанг и кюретки. Следует помнить, что

все манипуляции абортцангом должны производиться очень осторожно и применять этот инструмент может лишь врач, обладающий достаточным опытом производства искусственного аборта. В случаях, когда используется вакуум-экскохлеатор, следует проверить состояние стенок матки кюреткой.

7. Какова техника производства искусственного аборта?

Технически операция искусственного аборта осуществляется следующим образом: после обнажения шейки матки в зеркалах ее обрабатывают спиртом и захватывают пулевыми щипцами за переднюю или заднюю губу (в зависимости от наклонения тела матки кпереди или кзади). Осторожно, без усилия маточным зондом определяется длина полости матки. В том же направлении вводят малый дилятатор Гегара (№ 4 или 5) или вибродилятатор. При использовании дилятаторов Гегара осуществляют последовательное их введение, увеличивая каждый раз номер вводимого дилятатора на 0,5 (рис. 37).

При сроках беременности до 10 нед расширение цервикального канала производится до № 9—10, при сроках более 10 нед расширение следует производить до № 12—13.

Следующим этапом операции является отделение плодного яйца от стенки матки и его удаление. Это осуществляется при помощи кюретки или вакуум-экскохлеатора. Кюретка берется рукой так, чтобы ее рукоятка свободно обхватывалась пальцами.

Иногда (особенно при сроках 11—12 нед беременности) вначале применяют абортцанг (рис. 38). После произведенного

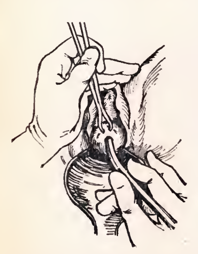


Рис. 37. Искусственное прерывание беременности. Введение расширителя Гегара в цервикальный канал



Рис. 38. Исскусственное прерывание беременности. Часть плодного яйца захвачена абортцангом

выскабливания кюреткой меньших размеров проверяют, не осталось ли частей плодного яйца в углах матки. В конце операции шейку матки при помощи тампона на корнцанге обрабатывают йодонатом.

8. По каким признакам можно судить о том, что плодное яйцо полностью удалено из полости матки?

При полном опорожнении матки длина ее полости уменьшается, скольжение кюретки по слизистой дает звук «хруста», соскоба больше не получается, из матки выделяется небольшое количество пенистой крови.

9. Каковы возможные осложнения при производстве искусственного аборта?

При производстве искусственного аборта могут возникнуть следующие осложнения: 1) перфорация матки; 2) разрыв шейки матки; 3) остатки плодного яйца в матке после выскабливания; 4) гипотония матки с кровотечением.

10. Как диагностировать перфорацию матки во время искусственного аборта?

Подозрение на перфорацию матки появляется, когда инструмент (зонд, кюретка, абортцанг и др.) внезапно погружается значительно глубже, чем это можно предположить на основании данных бимануального исследования и зондирования полости матки (рис. 39). В некоторых случаях у женщин отмечается шоковая реакция. Иногда при контрольном зондировании пуговка маточного зонда может определяться под передней брюшной стенкой.

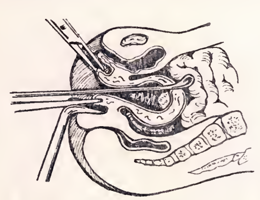


Рис. 39. Перфорация матки кюреткой

11. Какова тактика при перфорации матки?

При установленной перфорации матки необходимо произвести чревосечение для выбора объема оперативного вмешательства.

12. Каков возможный объем операции при перфорации матки?

В зависимости от того, каким инструментом была произведена перфорация, каких размеров перфорационное отверстие, его локализации, наличия повреждений соседних органов, возможны следующие операции: 1) зашивание перфорационного отверстия; 2) надвлагалищная ампутация матки; 3) экстирпация матки; 4) при ранении мочевого пузыря — зашивание его раны; 5) в случаях ранения кишечника — зашивание или его резекция.

13. В каких случаях может происходить разрыв шейки при производстве искусственного аборта?

Разрыв шейки матки может происходить, когда расширение цервикального канала производится с большим трудом (у первобеременных) и при приложенном усилии пулевые щипцы прорезают ткань шейки матки.

14. Что следует сделать при разрыве шейки матки?

При разрыве шейки матки следует наложить кетгутовые швы на разрыв.

15. На основании каких данных можно говорить о гипотоническом состоянии матки?

О гипотоническом состоянии матки можно говорить, когда при производстве искусственного аборта начинается массивное кровотечение, а кюреткой, введенной в полость матки, определяется дряблость ее стенок.

16. Какова тактика в этом случае?

Гипотония матки во время прерывания беременности чаще всего наблюдается, когда в матке еще есть остатки плодного яйца. Необходимо по возможности быстрее удалить остатки плодного яйца из полости матки, ввести сокращающие средства (окситоцин, питуитрин и др.). На надлобковую область живота помещается пузырь со льдом на 20—30 мин, производится наблюдение за выделениями из половых путей в течение нескольких часов, оценивается сокращение матки (пальпацией через переднюю брюшную стенку).

17. Какова клиническая симптоматика остатков плодного яйца в полости матки?

Наличие остатков плодного яйца в полости матки клинически проявляется в плохом сокращении матки, продолжающихся кровяных выделениях и может быть обнаружено как сразу после произведенной операции, так и через несколько дней после аборта.

18. Какова врачебная тактика при обнаружении остатков плодного яйца в полости матки?

Врачебная тактика при наличии остатков плодного яйца в полости матки заключается в производстве реабразии — повторного выскабливания ее стенок.

19. Какие осложнения возможны в послеоперационном периоде при операции искусственного прерывания беременности?

В послеоперационном периоде могут выявиться следующие осложнения: 1) гематометра; 2) плацентарный полип; 3) атрезия цервикального канала; 4) эндометрит; 5) обострение хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов; 6) привычные самопроизвольные аборты; 7) вторичное бесплодие.

20. Каковы клинические признаки гематометры?

Гематометра — это скопление крови в полости матки. После аборта гематометра обычно развивается остро. При этом даже пальпация через переднюю брюшную стенку обнаруживает большую мягкую матку при отсутствии кровяных выделений из половых путей.

Чаще всего причиной развития гематометры является спазм внутреннего зева шейки матки.

21. Как лечится гематометра?

Консервативное лечение гематометры заключается в назначении спазмолитиков (но-шпа, папаверин и др.) с последующим введением — через 20—30 мин средств, сокращающих матку (окситоцин и др.). Если эти мероприятия не приводят к сокращению матки и выделению из ее полости скопившейся в ней крови, прибегают к повторному выскабливанию ее стенок.

22. Что такое плацентарный полип?

Плацентарный полип — это оставшаяся в матке и организовавшаяся часть плодного яйца. Такая организация ткани за счет прорастания ее соединительно-тканными элементами обычно происходит за 6—7 нед после аборта. Образующийся плацентарный полип тормозит регенерацию слизистой оболочки матки, в связи с чем кровяные выделения не прекращаются длительное время. Существует также опасность присоединения инфекции.

23. Какое лечение проводится при плацентарном полипе?

Лечение плацентарного полипа только хирургическое — производится выскабливание стенок полости матки кюреткой.

24. Какова клиника атрезии цервикального канала после искусственного аборта?

Отсутствие менструации после искусственного аборта и боли схваткообразного характера в дни предполагаемой менструации дают основание для диагностики атрезии цервикального канала. Диагноз подтверждается зондированием цервикального канала, при котором определяется его непроходимость.

25. Каковы методы лечения атрезии цервикального канала?

В случаях, когда атрезия цервикального канала произошла на небольшом участке, его проходимость может быть восстановлена при зондировании, после чего в канал на 3—4 нед вво-

дят тонкую аллопластическую трубочку, конец которой подшивают к шейке матки (см. главу «Операции на шейке матки»).

В случаях, когда атрезия занимает значительное протяжение цервикального канала, производится восстановление его проходимости с помощью острого инструмента — узкого скальпеля, с последующим расширением цервикального канала дилятаторами Гегара до № 8—10 и введением аллопластического протеза. В. И. Ельцов-Стрелков предложил с этой целью использовать айволоновую трубочку, которая сваривается из ленты на расширителе Гегара.

26. Какова врачебная тактика при возникновении воспалительных осложнений после искусственного аборта?

При возникновении эндометрита, острого аднексита или обострении хронического воспаления придатков проводится консервативная противовоспалительная терапия. При возникновении воспалительных тубоовариальных образований необходимо оперативное лечение.

27. В чем причина возможного возникновения бесплодия после операции искусственного аборта?

Возможная причина вторичного бесплодия после аборта — удаление при грубом производстве операции значительной части базального слоя слизистой оболочки матки. В редких случаях после этого возникает даже маточная форма аменореи.

28. Почему после операции искусственного прерывания беременности может развиваться привычное невынашивание беременности?

Привычное невынашивание после аборта может быть связано с травмой при расширении и выскабливании перешейка и внутреннего зева. Такое состояние называется органической истмико-цервикальной недостаточностью.

29. Как производится лечение органической истмико-цервикальной недостаточности?

Лечение истмико-цервикальной недостаточности органического генеза оперативное. Пр иэтом может быть произведена пластика шейки методом расслоения по методике, предложенной В. И. Ельцовым-Стрелковым (см. главу «Операции на шейке матки»).

Глава V

ОПЕРАЦИИ НА ШЕЙКЕ МАТКИ

1. Какие операции производят на шейке матки?

На шейке матки производят следующие операции: удаление полипов, диатермокоагуляция, диатермоэксцизия, криокоагуляция, ампутация, реконструктивные (пластические) операции, восстанавливающие анатомо-физиологическую функцию шейки матки.

2. Каковы показания для лечения шейки матки диатермо- и криокоагуляцией?

Показанием для лечения шейки матки диатермо- и криокоагуляцией в основном является псевдоэрозия шейки матки.

3. В чем заключаются различия методов лечения диатермо- и криокоагуляцией?

Различия заключаются как в принципе воздействия на ткани, так и в технике.

При лечении диатермоприбором патологические ткани уничтожаются воздействием высокой температуры, в результате чего образуется струп, начинающий отторгаться на 5-е сутки. Окончательное заживление поверхности наступает через 2 мес. Диатермохирургические методы лечения дают относительно большое число осложнений, таких как кровотечения при отторжении струпа, подэпителиальные геморрагические образования в виде «точек», «полосок», «пятен» и эндометриоидные гетеротопии.

Криохирургический метод лечения основан на воздействии низких температур на живые ткани. Для охлаждения применяют различные газообразные вещества в жидком состоянии: фреон, углекислоту, азот, закись азота. Холод образуется за счет процесса испарения и перехода этих жидкостей в газообразное состояние при постоянном их введении в действующий криоинструмент. В зависимости от газа снижают температуру в живых тканях от —40—60 до —70—79° С.

Для непосредственного соприкосновения с патологической поверхностью шейки матки применяют криозонды, наконечники которых имеют разную форму и величину (рис. 40).

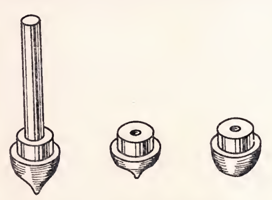


Рис. 40. Наконечники криозонда

4. Что такое диатермоэксцизия шейки матки?

Диатермоэксцизия (диатермо- или электроконизация) шей-

ки матки — это конусовидное иссечение шейки матки электродом С. С. Роговенко.

5. Как устроен электрод Роговенко?

Электрод Роговенко состоит из двух металлических трубок (длинной и короткой), покрытых изолирующим материалом. Между концами трубок припаяна никелиновая проволока 0,5 мм в диаметре (рис. 41).

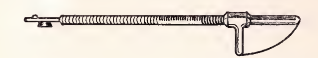


Рис. 41. Электрод Роговенко для диатермоэксцизии

6. Какие показания для диатермоэксцизии шейки матки?

Показаниями для диатермоэксцизии шейки матки считают хронические эндоцервициты с рецидивирующими шеечными полипами, подозрения на рак (с целью широкой и глубокой биопсии) и интраэпителиальный рак (*in situ*) в случае полной уверенности в отсутствии инвазии (у женщин молодого возраста).

7. Какова техника диатермоэксцизии шейки матки?

Шейку матки обнажают при помощи зеркал, во влагалище вводят резиновую влагалищную манжетку Роговенко для предохранения стенок влагалища от ожогов. Электрод вводят в канал шейки матки, включают ток силой 2 А, продвигают электрод на необходимую глубину и медленно поворачивают вокруг своей оси на 360°. Таким образом вырезают из шейки матки конус (рис. 42). При возникновении кровотечения на кровоточащие сосуды накладывают лигатуры.

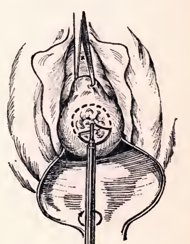


Рис. 42. Диатермоэксцизия шейки матки

8. Какие операции ампутации шейки матки применяют?

Наиболее широко применяют клиновидную, высокую и конусовидную ампутации шейки матки. Кроме этих операций используют различные их модификации.

9. Каковы показания для ампутации шейки матки?

Показаниями для ампутации шейки матки являются эктропион в сочетании с анатомическими деформациями в результате рубцовых изменений и разрывов шейки матки в родах. Эту операцию считают показанной при резко выраженных деформациях шейки матки вследствие множественных разрывов, хронического эндоцервицита с гипертрофией и соединительно-тканным перерождением шейки, а также при хроническом эндоцервиците с наличием рецидивирующих шеечных полипов, фолликулярной гипертрофии, лейкоплакии, эритроплакии, рецидивирующей или длительно незаживающей псевдоэрозии шейки матки.

10. Какова техника клиновидной ампутации шейки матки (по Шределу)?

Шейку матки, захваченную пулевыми щипцами за переднюю и заднюю губы, низводят ко входу во влагалище. Зондом измеряют длину полости матки и отмечают часть шейки, которую надо удалить. Скальпелем рассекают шейку в поперечном направлении до отметки, подлежащей удалению. Шейка разделена на два лоскута. Клиновидно иссекают из передней губы слизистую цервикального канала с подлежащей мышечной тканью (рис. 43) и несколько отсепаровывают оставшуюся слизистую влагалищной порции шейки матки, затем узловатыми кетгутовыми швами соединяют ее со слизистой шеечного канала (рис. 44).

То же самое производят и на задней губе. После этого по бокам от образованного наружного зева дополнительно накладывают два кетгутовых шва (рис. 45).



Рис. 43. Клиновидная ампутация шейки матки. Иссечение ткаией передией губы шейки матки

Рис. 44. Клииовидиая ампутация шейки матки. Начало сшиваиия слизистой цервикальиого каиала и влагалищиой части шейки матки

11. Как производится высокая ампутация шейки матки?

Шейку матки обнажают при помощи зеркал, захватывают пулевыми щипцами и низводят ко входу во влагалище. Зондом измеряют длину полости матки. Расширителем Гегара расширяют канал шейки матки до № 10. Скальпелем производят циркулярный разрез по границе перехода слизистой влагалищных сводов в слизистую шейки (рис. 46). Выделяют шейку матки, для этого мочевой пузырь и своды тупым путем отодвигают несколько выше места, намеченного для ампутации. Захватывают зажимами клетчатку с боков шейки матки, пересекают и перевязывают кетгутовыми лигатурами. Перевязывают отдельной лигатурой нисходящую веточку маточной артерии с веной. Шейку рассекают скальпелем на две половины до уровня ампутации (рис. 47). Клиновидно отсекают переднюю половину

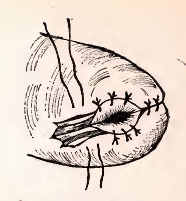


Рис. 45. Клиновидиая ампутация шейки матки. Окоичаиие операции



Рис. 46. Высокая ампутация шейки матки. Циркуляриый разрез шейки матки

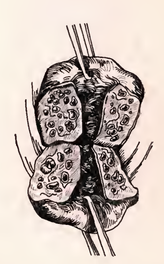
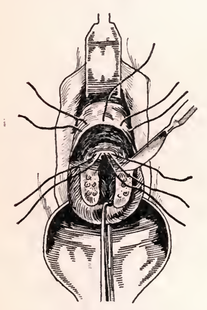
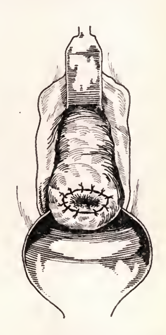


Рис. 47. Высокая ампутация шейки матки. Рассечеиие шейки матки

шейки, и край переднего влагалищного свода соединяют отдельными кетгутовыми швами с краем слизистой оболочки канала шейки матки (рис. 48). Отсекают таким же образом заднюю половину шейки матки. Производят гемостаз. Край разреза заднего влагалищного свода соединяют отдельными кетгутовыми швами со слизистой оболочкой задней стенки канала шейки матки. На боковые части разреза накладывают дополнительно кетгутовые швы и так формируют наружный зев (рис. 49). Зондом проверяют проходимость канала.





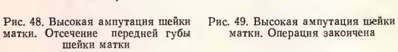


Рис. 48. Высокая ампутация шейки матки. Отсечение передней губы шейки матки

Рис. 49. Высокая ампутация шейки матки. Операция закончена

12. Каковы показания для высокой ампутации шейки матки?

Показаниями для высокой ампутации шейки матки являются сочетание гипертрофии, деформации и других патологических изменений с элонгацией, т. е. удлинением шейки матки.

13. Какова техника операции конусовидной ампутации шейки матки (по методу Штурмдорфа)?

Шейку матки обнажают при помощи зеркал, захватывают пулевыми щипцами и низводят ко входу во влагалище. Про-

изводят круговой разрез слизистой влагалищной части шейки матки на 1 см выше границы патологического участка. Круговыми движениями разрез углубляют в толщу шейки матки в виде конуса по направлению к внутреннему зеву (рис. 50). Удаляют часть шейки матки в виде конуса, состоящего из патологической слизистой оболочки шейки, мышечной ткани и слизистой канала шейки матки. Слизистую влагалищной части отсепаровывают от мышечного слоя шейки матки на 2 см, чтобы ее край можно было соединить с краем слизистой оболочки канала шейки матки (рис. 51). Отсепарованную слизистую двумя V-образными швами подшивают к слизистой оболочке цервикального канала: первый шов проводят на 1 см от переднего края отсепарованной слизистой влагалищной части шейки матки (рис. 52). Оба конца кетгутовой нити вдевают в иглы и выкалывают их из канала шейки матки через все слои мышцы и слизистой влагалищной части на 2,5 см от края ее разреза. Край отсепарованной слизистой пинцетом подтягивают до края слизистой оболочки канала шейки матки и после этого завязывают лигатуры. Таким же образом накладывают V-образный шов и на заднюю губу. Отдельные кетгутовые швы на-

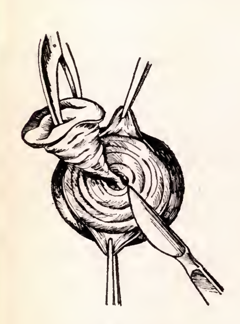


Рис. 50. Коиусовидиая ампутация шейки матки. Удалеиие части шейки матки

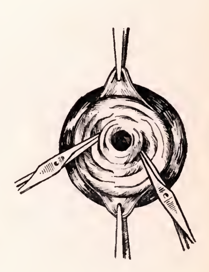


Рис. 51. Коиусовидиая ампутация шейки матки. Отсепаровка слизистых цервикального каиала и шейки матки

кладывают на боковые части разреза (рис. 53). Зондом проверяют проходимость канала.

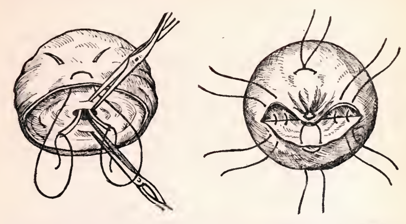


Рис. 52. Конусовидная ампутация шейки матки. Начало сшивания слизистых цервикального канала и шейки матки

Рис. 53. Конусовидная ампутация шейки матки. Формирование шейки матки

14. В чем состоит особенность операции Штурмдорфа?

Особенность и успех операции Штурмдорфа зависят от наложения швов. К сожалению, не всегда удается полностью покрыть культю шейки матки слизистой оболочкой влагалища. Приходится накладывать дополнительные швы, в результате чего культя оказывается деформированной. Поэтому для совершенствования техники этой операции и снижения числа осложнений предложены различные модификации, заключающиеся в основном в способе наложения шва на культю шейки матки.

15. Какие возможны осложнения при ампутации шейки матки?

При ампутациях шейки матки возможны:

1) повреждения мочевого пузыря;

2) кровотечения из операционной раны в первые часы или дни послеоперационного периода;

3) сужение канала шейки матки;

4) расхождение швов на культе шейки матки;

5) рубцовые деформации и эктропион культи шейки матки.

16. Каковы отрицательные моменты операции ампутации шейки матки?

Ампутация шейки матки в различных вариантах и модификациях, применяемая при эктропионах, рубцовых деформа-

циях, гипертрофиях шейки матки, нарушает анатомию и физиологию шейки. Слизистая пробка, выполняющая бактерицидную функцию, в канале не удерживается, создаются условия для возникновения хронического эндометрита. Кроме того, шейка матки представляет собой обширную рецептивную зону и имеет большое физиологическое значение в регуляции функции яичников.

Наиболее рациональными и щадящими орган надо считать пластические операции, восстанавливающие анатомическую и функциональную полноценность шейки матки.

17. Какие существуют противопоказания для пластических операций на шейке матки?

Противопоказаниями для пластических операций на шейке матки являются: беременность, подозрение на злокачественное перерождение слизистой шейки матки, острые воспалительные процессы гениталий.

18. Что является показаниями к пластической операции по способу Эммета?

Показаниями к пластической операции Эммета являются старые, чаще боковые разрывы шейки матки, неглубокие, без гипертрофии и выраженной деформации шейки матки.

19. Какова техника операции Эммета?

Техника операции Эммета состоит в следующем. Шейку матки обнажают при помощи зеркал, захватывают пулевыми щипцами за переднюю и заднюю губы и низводят ко входу во влагалище. Скальпелем намечают границу освежения так, чтобы внутренняя граница проходила по краю слизистой оболочки цервикального канала, а наружная — по краю слизистой оболочки влагалищной части (рис. 54). Затем в намеченных границах срезают лоскут, состоящий из рубцовой ткани, после чего переднюю и заднюю губы шейки матки соединяют узловатыми кетгутовыми швами, стараясь не захватить слизистую оболочку цервикального канала (рис. 55). При двустороннем

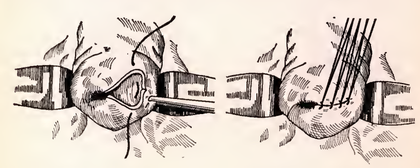


Рис. 54. Пластика шейки матки по Эммету

Рис. 55. Пластика шейки матки по Эммету. Окончаиие операции

разрыве освежение краев производят с обеих сторон и после этого накладывают узловатые кетгутовые швы сначала на одной, а потом на другой стороне.

20. Каковы недостатки этой операции?

Недостатками этой операции является то, что операция по Эммету сопряжена с потерей ткани шейки матки при иссечении рубцов, при зашивании однорядным швом не обеспечивается сопоставление краев всей раневой поверхности, и при толстой стенке шейки и упругости ее тканей соединение краев требует больших усилий. Это вызывает напряжение тканей в области швов и приводит к прорезыванию лигатур и расхождению краев раны в первые же дни после операции. Поэтому И. Л. Брауде (1952) предложил осуществлять пластику шейки матки по лоскутному методу, т. е. производить не иссечение рубца, а расщепление его, сохраняя тем самым ткани шейки матки.

21. Какова техника операции по лоскутному методу (по Брауде)?

Пулевыми щипцами оттягивают переднюю губу маточного зева от задней. Вдоль, на месте бывшего разрыва, проводят разрез. Рубец расщепляют острым ножом, который ведут параллельно слизистой шеечного канала. По окончании расщепления рубца вдоль верхнего и нижнего края получаются четыре освеженные поверхности: две вверху, две внизу (рис. 56). Затем приступают к наложению швов. Сначала отдельными кетгутовыми лигатурами сшивают освеженные края слизистой оболочки шеечного канала так, чтобы узлы завязанных лигатур лежали внутри канала шейки матки (рис. 57). Отдельны-

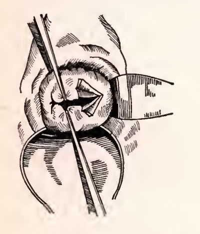


Рис. 56. Операция по лоскутному методу. Отсепаровка лоскута

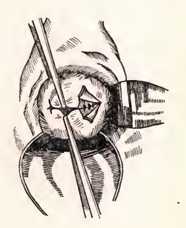


Рис. 57. Операция по лоскутному методу. Наложение I ряда швов

ми кетгутовыми лигатурами (кетгут № 3) сшивают освеженные поверхности толщи шеечной стенки, узлы этих швов лежат на наружной поверхности влагалищной части шейки матки (рис. 58).

22. Каковы отрицательные моменты этой операции?

Отрицательным моментом операции по лоскутному методу является то, что возможности ее ограничены (небольшой разрыв на шейке матки, не должно быть гипертрофии и большой деформации шейки) и этот метод зашивания приводит к прорезыванию швов в силу большого напряжения тканей.

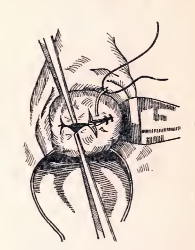


Рис. 58. Операция по лоскутному методу. Наложение II ряда швов

При операции Эммета и ее модификациях соединяются «освеженные» края всей толщи ригидной шейки матки, что приводит к плохой коаптации краев раны, натяжению, расхождению их и рецидиву заболевания. Неизбежное воспаление при заживлении раны усугубляет положение.

Учитывая недостатки существующих операций, В. И. Ельцовым-Стрелковым были предложены реконструктивно-пластические операции, методом расслоения восстанавливающие анатомическую и функциональную полноценность шейки матки.

23. Какова техника операции при зашивании шеечно-влагалищных свищей (по Ельцову-Стрелкову)?

Положение больной на операционном столе, как для влагалищной операции. За переднюю губу захватывают шейку матки, низводят ко входу во влагалище и отводят к лону. Канал шейки матки между наружным зевом и свищом расширяют дилятаторами Гегара до № 8, перемычку рассекают скальпелем по средней линии (рис. 59). Скальпелем расслаивают шейку матки от наружного зева до верхнего края свищевого отверстия. Внутренний слой состоит из слизистой шеечного канала и части мышечной ткани, наружный слой — из слизистой влагалищной части шейки матки и части мышечной ткани (рис. 60). Расслоение тканей производят на 1—2 см выше верхнего края свища, строго в продольном направлении, чтобы не поранить веточки маточной артерии и не нарушить кровоснабжения шейки матки, не заходя за внутренний зев,



Рис. 59. Зашивание шеечно-влагалищного свища (по В. И. Ельцову-Стрелкову). Граница удаляемых тканей

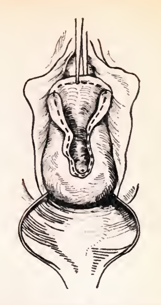


Рис. 60. Зашивание шеечно-влагалищного свища (по В. И. Ельцову-Стрелкову). Направление разреза при отсепаровке тканей

где к шейке матки подходят маточные артерии. Расслоение шейки матки параллельно продольной оси при таком расположении сосудов не может нарушить питание каждого слоя в отдельности при условии сохранения достаточной толщины каждого лоскута, который должен быть не тоньше 5—6 мм (более тонкий может подвергнуться некрозу).

Производят формирование канала шейки матки. Для этого в полость матки вводят расширитель Гегара № 6 и на нем отдельными кетгутовыми швами из отсепарованного внутреннего лоскута формируют канал шейки матки. Кетгутовые лигатуры завязывают узлами в просвет канала (рис. 61). На вновь образованную часть шейки матки накладывают капроновую сетку и фиксируют ее к тканям отдельными капроновыми швами (рис. 62).

При формировании наружного зева слизистую оболочку вновь образованного канала соединяют со слизистой оболочкой наружного лоскута отдельными кетгутовыми швами; расположенными радиально. Края раны наружного лоскута слизистой оболочки соединяют с мышечной тканью отдельными кетгутовыми швами, завязывая узлы в просвет влагалища (рис. 63). Капроновая сетка удерживает швы внутреннего слоя,

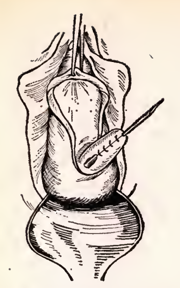


Рис. 61. Зашивание шеечно-влагалищного свища (по В. И. Ельцову-Стрелкову). Формирование цервикального канала

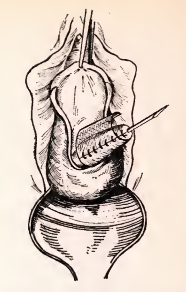


Рис. 62. Зашивание шеечно-влагалищного свища (по В. И. Ельцову-Стрелкову). Укрепление капроновой сетки

принимая на себя эластическое противодействие, препятствует натяжению швов, расхождению краев раны.

24. Какова техника операции при рубцовых деформациях шейки матки по Ельцову-Стрелкову?

Реконструктивно-пластическая операция (методом расслоения) при рубцовых деформациях шейки матки является модификацией метода при зашивании шеечно-влагалищных свищей и состоит из следующих этапов.

Первый этап: обнажение шейки матки. Шейку матки обнажают при помощи зеркал, фиксируют ее за переднюю и заднюю губы пулевыми щипцами и максимально низводят (рис. 64).

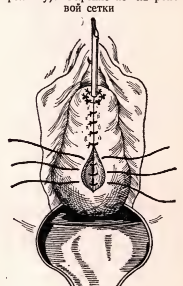


Рис. 63. Зашивание шеечно-влагалищного свища (по В. И. Ельцову-Стрелкову). Окончание операции

Второй этап: расслоение шейки матки. Острым путем производят продольное расслоение шейки матки от границы наружного зева до верхнего края рубца с образованием наружного и внутреннего лоскутов (рис. 65). Отсепаровку лоскутов производят таким образом, чтобы слизистая канала шейки матки вместе с мышечным слоем была не меньше 5—6 мм (более тонкий слой может некротизироваться из-за нарушения кровоснабжения). Ближе к внутреннему зеву расслоение тканей надо производить очень осторожно, помня, что на этом уровне располагаются веточки маточных артерий, питающие шейку. Закончив расслоение, иссекают рубцовые ткани.

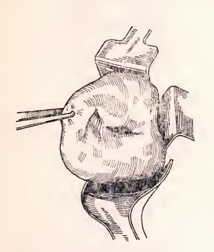


Рис. 64. Рубцовая деформация шейки матки. Шейка матки низведена пулевыми щипцами

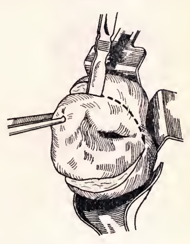
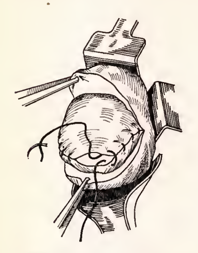


Рис. 65. Пластика шейки матки методом расслоения (по В. И. Ельцову-Стрелкову). Отсепаровка лоскутов

Третий этап: формирование канала шейки матки. Внутренний лоскут, т. е. лоскут слизистой канала шейки матки с мышечным слоем, соединяют отдельными кетгутовыми швами таким образом, чтобы узлы погружались в просвет канала (рис. 66). Проходимость вновь образованного канала проверяется маточным зондом. Просвет его, как правило, равен 3—4 мм в диаметре.

Четвертый этап: формирование наружного зева. Слизистую вновь образованного канала шейки матки соединяют отдельными кетгутовыми швами, располагающимися радиально, с наружными лоскутом, т. е. со слизистой влагалищной части шейки матки (рис. 67). Наружный зев шейки матки приобретает округлую форму диаметром 2—3 мм.

Пятый этап: окончательное формирование шейки матки. Накладывают отдельные кетгутовые швы на боковые края раны слизисто-мышечного лоскута влагалищной части шейки матки. Шейка матки приобретает коническую форму с округлым наружным зевом.



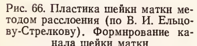


Рис. 66. Пластика шейки матки методом расслоения (по В. И. Ельцову-Стрелкову). Формирование канала шейки матки

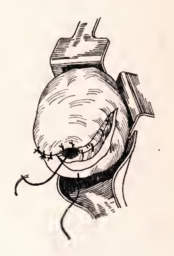


Рис. 67. Пластика шейки матки методом расслоения (по В. И. Ельцову-Стрелкову). Формирование влагалищной части шейки матки

25. Каковы особенности техники выполнения этой операции в зависимости от степени рубцовой деформации шейки матки, локализации разрыва и характера патологического процесса, сопутствующего эктропиону слизистой цервикального канала?

Особенности техники операции могут быть следующие.

Двусторонние разрывы шейки матки, рубцовые изменения не доходят до сводов влагалища (рис. 68). На втором этапе операции сначала производят расслоение заднего лоскута, а потом переднего. Иссечение рубцовой ткани производят сначала с одной стороны, а затем — с другой. В той же последовательности производят и третий этап операции — формирование цервикального канала: швы накладывают последовательно сначала с одной, а затем с другой стороны с погружением узлов в просвет канала. Формирование наружного зева не представляет значительных трудностей и выполняется наложением швов на оба лоскута.

26. Каковы особенности техники операции при третьей степени рубцовой деформации шейки?

При такой патологии (третья степень рубцовой деформации) операция отличается лишь протяженностью пластики шейки матки и бережным оперированием на уровне внутреннего зева, так как в эту область от маточной артерии входит ветвь, кровоснабжающая шейку матки. При разрыве на передней губе следует тщательно ориентироваться в рассекаемых тканях, чтобы не поранить стенку мочевого пузыря.

27. Какие особенности техники операции при гипертрофии шейки матки?

При наличии гипертрофии шейки матки, ретенционных кист, участков лейкоплакии, геморрагических образований после диатермокоагуляции операцию дополняют иссечением патологически измененных тканей (рис. 69). Это может создавать определенные трудности при формировании шейки матки и требует иногда дополнительных иссечений малоизмененных тканей, чтобы восстановить близкие к норме анатомические соотношения. При таком выполнении пластики шейка матки иногда укорачивается.

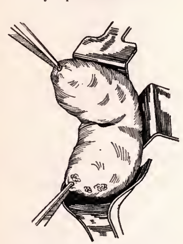


Рис. 68. Двусторониие разрывы шейки матки. Ретеициоиные кисты задией губы шейки матки



Рис. 69. Пластика шейки матки методом расслоеиия (по В. И. Ельцову-Стрелкову). Дополиительиое иссечеиие патологического участка шейки матки

28. Какую операцию производят при заращении шеечного канала?

При заращении шеечного канала (атрезии) обычное расширение его приводит к рецидивам. Поэтому В. И. Ельцовым-Стрелковым предложена операция с применением трубчатого каркаса из айволона (капрона). Подготовка каркаса: полоску

из айволона шириной 30 мм, толщиной 1 мм наматывают на расширитель Гегара № 5 так, чтобы края полоски заходили один за другой на 5—10 мм. Расширитель покрывают айволоном на протяжении 8—10 см, полоску закрепляют марлей, намотанной на айволон в один ряд, и все это погружают в кипящую воду на 20—30 мин. Айволон размягчается, спаивается, превращается в единую трубку. После извлечения расширителя снимают марлю и айволон, превратившийся в трубку. Трубку обрезают так, чтобы длина ее была равна 6—7 см, внутренний диаметр трубки — 5—6 мм, толщина стенки — 1,5—2 мм. Стерильную трубку надевают на расширитель диаметром на 1 мм меньше диаметра полости трубки; аллопластический каркас (трубка) готов к введению в канал шейки матки.

29. Какова техника операции по Ельцову-Стрелкову при заращении шеечного канала?

Шейку матки захватывают пулевыми щипцами и максимально низводят. Маточным зондом проверяют длину и направление проходимой части шеечного канала, затем проталкивают зонд по предполагаемой оси канала шейки матки в сторону полости матки и восстанавливают проходимость канала шейки матки (рис. 70). После этого производят расширение канала шейки матки расширителями Гегара до № 10, затем вводят аллопластическую трубку в канал на металлическом расширителе (рис. 71). Расширитель извлекают, трубка остается в канале шейки матки. Один конец трубки заходит за внутренний зев в полость матки на 1—1,5 см, другой — за наружный зев. Часть трубки, выступающую за наружный зев, рассекают на две части и каждый отрезок фиксируют к передней и задней губам шейки матки капроновыми швами (рис. 72).

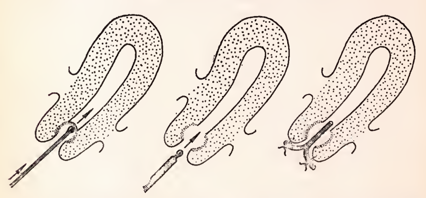


Рис. 70. Восстановление проходимости цервикального канала маточным зондом

Рис. 71. Введение айволоновой трубки в цервикальный канал

Рис. 72. Айволоновая трубка введена в цервикальный канал и фиксирована к шейке матки

Через месяц после введения трубку извлекают, восстанавливается проходимость шейки матки.

Удаление полипа шеечного канала

1. Какие полипы шеечного канала существуют?

Существуют два вида полипов шеечного канала: слизистые и фиброзные.

2. Как лечатся полипы шеечного канала?

Лечение полипа шеечного канала может быть только хирургическим.

3. Какова техника удаления слизистого полипа шеечного канала?

После обработки наружных половых органов больной йодонатом, а влагалища и шейки матки спиртом слизистый полип пересекают у основания или захватывают корнцангом и откручивают вращением в одном направлении. Ложе слизистого полипа кюреткой не выскабливают, так как окружающая поверхность всегда инфицирована, а разрушение ткани будет способствовать распространению инфекции в глубину. После удаления полипа шейка матки обрабатывается спиртом.

4. Каковы особенности техники удаления фиброзного полипа шеечного канала?

В тех случаях, когда фиброзный полип имеет тонкую ножку и располагается в нижних отделах шеечного канала, он удаляется таким же образом, как и слизистый полип. Когда же фиброзный полип имеет широкую ножку и располагается в верхних отделах шеечного канала, его захватывают корнцангом, надрезают ножницами и отсепаровывают капсулу в основании ножки. После этого полип откручивают вращением за инструмент. Сосуды ножки вследствие перекручивания не кровоточат. Если же имеется небольшое кровотечение, во влагалище оставляют тампон, который удаляют через 6—12 ч после операции.

Глава VI

ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ

1. Какие операции выполняются на матке?

На матке выполняются консервативные операции, при которых весь орган (матка) или бóльшая его часть сохраняется, и радикальные операции, при которых удаляют всю матку или бóльшую ее часть. При консервативных методах операции сохраняются менструальная и детородная функции женщины. При радикальных методах операции женщина лишается менструальной и детородной функций.

2. При каких патологических состояниях матки выполняются вышеуказанные операции?

Вышеуказанные операции на матке выполняются в основном при миомах матки, аденомиозе (внутренний эндометриоз), злокачественных новообразованиях матки, аномалиях развития матки.

3. Что является показанием к операции при миомах матки?

Показанием к операции при миомах матки является прогрессирующее развитие таких симптомов, как кровотечение, боли, быстрый рост опухоли, некроз и инфицирование миоматозных узлов, перекрут ножки субсерозного узла, рождающийся субмукозный узел.

4. Какой размер миомы является показанием к оперативному лечению?

Показанием к операции является размер миомы, соответствующий 12 и более неделям беременности.

5. Что является показанием к операции при аденомиозе?

Показанием к операции при аденомиозе является безуспешность гормональной терапии и прогрессирующая анемизация больной.

Консервативные операции

1. Какие операции относятся к консервативным?

К консервативным операциям относятся следующие:

а) отсечение субсерозного миоматозного узла на ножке;

б) вылущивание узлов, расположенных интерстициально, т. е. в толще стенки матки (консервативная миомэктомия);

в) удаление рождающегося субмукозного узла через влагалище;

г) отсечение дна матки (дефундация).

2. Как производится отсечение субсерозного узла?

Эта операция в техническом отношении несложна. После вскрытия передней брюшной стенки отсекается ножка опухоли от матки, затем накладываются кровоостанавливающие и перитонизирующие кетгутовые швы.

3. Как производится отсечение ножки опухоли?

Отсечение субсерозного узла от матки производится таким образом, чтобы линия разреза проходила не у самого основания опухоли (ножки), а на 1—1,5 см выше и имела круговое направление, но с изгибом наподобие фигурной скобки в месте соединения передней и задней полуокружности разреза (рис. 73). Это делается для того, чтобы не создавалось чрезмерного натяжения при последующей перитонизации и зашивании ложа опухоли.

4. Как производится удаление миоматозного узла?

После проведения кругового разреза узел захватывается пулевыми щипцами, приподнимается и выделяется тупым путем. Затем на натянутые мышечные волокна накладываются зажимы и узел окончательно удаляется.



Рнс. 73. Направление разреза прн удаленнн субсерозного узла мномы маткн

5. Каков следующий этап операции?

После отсечения узла производится тщательный гемостаз, так как основные питающие опухоль сосуды проходят в основание ножки. Гемостаз осуществляется наложением погружных кетгутовых мышечно-мышечных швов. Затем производится окончательное закрытие раны матки с одновременной перитонизацией за счет серозного покрова, выделенного из ножки при выполнении первоначального разреза.

6. Как производится удаление узла, расположенного интрамурально, т. е. в толще стенки матки?

Эту операцию производят в тех случаях, когда имеются единичные узлы. Техника операции заключается в следующем:

а) рассекаются ткани, расположенные над опухолью, — брюшина и истонченная мышечная ткань (капсула) (рис. 74);

б) обнаженный узел захватывается двузубцами, подтягивается и при помощи изогнутых (купферовских) ножниц частично тупо, частично рассечением соединительно-тканных тяжей вылущивается (рис. 75).

в) ложе опухоли, обычно кровоточащее, тщательно зашивают многоэтажными кетгутовыми швами (рис. 76).

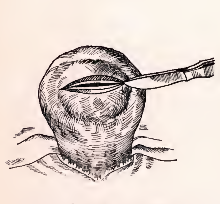
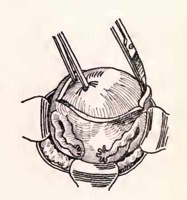


Рис. 74. Удаление ннтрамурально расположенного узла миомы маткн. Рассечение капсулы узла



Рнс. 75. Удаленне ннтрамурально расположенного узла миомы матки. Вылущнвание узла

Последний (поверхностный) ряд узловатых швов является мышечно-брюшинным, причем края брюшины должны хорошо прилегать друг к другу (рис. 77).



Рис. 76. Удаление интрамурально расположенного узла миомы матки. Зашивание ложа узла

Рис. 77. Удаление интрамурально расположенного узла миомы матки. Наложен последний ряд швов

7. В каких случаях производят удаление субмукозного узла через влагалище?

Удаление субмукозного узла через влагалище производится на стадии его рождения у молодых женщин, когда узел имеет тонкую длинную ножку.

8. Какие осложнения могут быть при наличии таких узлов?

Такие узлы могут вызывать обильные кровотечения, легко подвергаются некрозу и инфекции, особенно если они опустились во влагалище.

9. Какова техника операции удаления рождающегося субмукозного узла через влагалище?

Узел захватывается двузубцами, производятся вращательные движения с одновременным осторожным потягивание вниз (рис. 78).

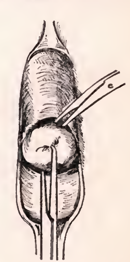


Рис. 78. Удаление рождающегося субмукозного узла

10. Что необходимо сделать после удаления рождающегося узла?

После удаления узла целесообразно сделать обследование полости матки пальцем или инструментом, чтобы исключить наличие других узлов и убедиться в том, что не повреждена стенка матки. Кроме того, необходимо произвести диагностическое выскабливание слизистой полости матки с последующим гистологическим исследованием удаленного узла и соскоба из полости матки.

Дефундация матки

1. Что такое дефундация матки и когда производится эта операция?

Дефундация — это отсечение дна матки. Операция обычно производится у молодых женщин, если миоматозные узлы расположены в дне матки.

2. Какова цель операции дефундации матки?

Цель операции — удаление патологически измененной части матки (дно матки) и сохранение менструальной функции женщины, что достигается сохранением большей части тела матки с выстилающей ее слизистой оболочкой.

3. Какова техника дефундации матки?

Техника операции дефундации матки заключается в следующем: после произведенной лапаротомии матка захватывается щипцами Мюзо и выводится в рану. Затем на маточные трубы и собственные связки яичников с обеих сторон накладываются зажимы Кохера, придатки отсекаются от матки, зажимы заменяются кетгутовыми лигатурами (рис. 79). Круглые

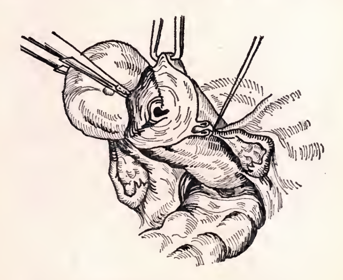


Рис. 79. Дефундация матки. Момент удаления отсеченного дна матки

маточные связки отсекают не всегда, и нередко они могут быть сохранены, когда патологический процесс (миоматозные узлы) располагается выше места отхождения их от матки.

4. Что производится после отделения придатков от матки?

По отделении придатков производится перевязка и пересечение восходящей ветви маточной артерии несколько ниже места предполагаемого отсечения дна матки.

5. Как производится удаление дна матки?

Удаление дна матки производят при помощи разреза, направление которого должно быть параллельно дну (дугообразная линия разреза, выпуклостью обращенная к дну).

6. Как зашивается рана на матке?

Рана на матке зашивается двухэтажным швом с последующей перитонизацией.

Первый этаж швов — накладываются отдельные слизисто-мышечные кетгутовые швы с вколом и выколом игл со стороны полости матки и расположением узлов после завязывания лигатур со стороны полости матки.

Второй этаж швов — накладываются отдельные мышечно-серозные швы с расположением узлов после завязывания лигатур на поверхности матки.

Перитонизация — производится за счет прикрытия раны ранее отсеченными придатками и круглыми маточными связками (рис. 80).

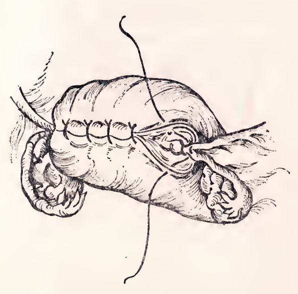


Рис. 80. Дефундация матки. Перитонизация

При расположении узлов миомы в области дна или верхней части тела матки у молодых женщин может производиться высокая надвлагалищная ампутация матки. После этой операции сохраняется менструальная функция.

7. Каковы особенности техники этой операции?

Техника высокой надвлагалищной ампутации матки аналогична производству дефундации матки, однако имеются некоторые особенности, которые заключаются в следующем:

1) производится отсечение от матки не только придатков, но и круглых маточных связок;

2) перевязанные культи придатков и круглых маточных связок вместе с брюшиной тупым путем низводятся для освобождения ветвей восходящей маточной артерии до уровня предполагаемого отсечения матки. На этом уровне производятся пересечение и перевязка маточных сосудов.

Отсечение дна и части тела матки производится таким образом, чтобы линия отсечения была направлена параллельно основному ходу сосудов в этой области (рис. 81).



Рис. 81. Высокая надвлагалищная ампутация диа матки. Удаление части тела матки

8. Как зашивается рана на матке?

Рана на матке зашивается двухэтажным швом так же, как при дефундации матки. После зашивания раны матки к боковым ее поверхностям подшивают ранее отсеченные придатки, одновременно используя и круглые маточные связки для перитонизации (рис. 82). В некоторых случаях при высокой над-

влагалищной ампутации матки перитонизацию можно произвести подтянутой к ране матки, предварительно пересеченной и отсепарованной пузырно-маточной складкой брюшины.

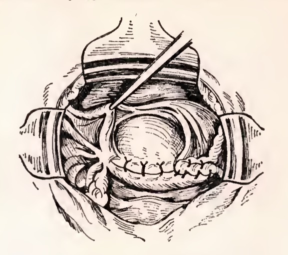


Рис. 82. Высокая надвлагалищная ампутация матки. Перитонизация

Пластические операции при врожденных пороках матки (метропластика)

1. При каких пороках развития матки применяется хирургическое лечение?

Хирургическое лечение чаще всего применяется при следующих пороках развития матки:

а) двурогая матка с единой шейкой (рис. 83).

б) двурогая матка с одной шейкой и неполной средней перегородкой (рис. 84).

2. Что является показанием к операции при пороках развития матки?

Показанием к операции при пороках развития матки является нарушение детородной и менструальной функций (привычные выкидыши, бесплодие, тяжелая дисменорея).

3. Какова техника операции при пороках развития матки?

После производства лапаротомии уточняется состояние матки и устанавливается степень разделения рогов.

На дно каждого рога накладываются две-три лигатуры, потягиванием за которые рога растягиваются в стороны. Этим приемом достигается хороший обзор медиальных поверхностей и места слияния рогов.



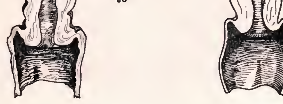


Рис. 83. Двурогая матка с одной шейкой

Рис. 84. Двурогая матка с неполной перегородкой

4. Как производится разрез на матке?

Разрез на матке производится по медиальной боковой поверхности каждого рога, начиная от дна до полости (рис. 85). После разреза края раны растягиваются и осматривается перегородка, спускающаяся к области внутреннего зева. Перегородка иссекается вместе с частью стенки матки (рис. 86).

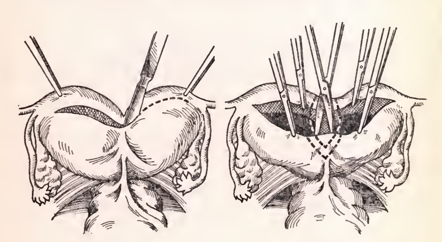


Рис. 85. Операция при двурогой матке. Разрез матки

Рис. 86. Операция при двурогой матке. Иссечение перегородки

5. Как зашивается рана матки?

После иссечения перегородки на переднюю и заднюю стенки раны накладывают двузубцы и максимально растягивают их в переднезаднем направлении так, чтобы произошло смыкание между собой углов раны в области дна. В результате этого приема рана матки, располагающаяся во фронтальной плоскости, перемещается в сагиттальную (рис. 87).

На рану матки накладывается двухэтажный шов.

I ряд швов — отдельные слизисто-мышечные швы кетгутом с вколом и выколом иглы со стороны слизистой и расположением узлов со стороны полости матки.

II ряд швов — отдельные мышечно-серозные швы кетгутом с узлами на поверхности матки (рис. 88).

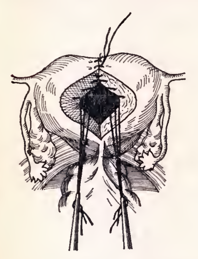


Рис. 87. Операция при двурогой матке. Наложение I ряда швов

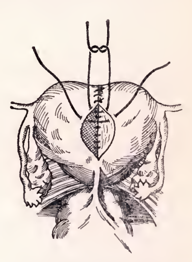


Рис. 88. Операция при двурогой матке. Наложение II ряда швов

Радикальные операции

К группе радикальных операций относятся такие хирургические вмешательства, при которых удаляют всю матку или бо́льшую ее часть. Женщина, перенесшая такую операцию, лишается детородной и менструальной функций.

1. Какие операции относятся к радикальным?

К радикальным операциям относятся:

а) надвлагалищная ампутация матки без придатков или с придатками;

б) экстирпация матки без придатков или с придатками.

2. Что является показанием к этим операциям?

Эти операции производят преимущественно у женщин в климактерическом периоде и во время менопаузы. Иногда их производят и у более молодых женщин, если опухоль вызывает обильное кровотечение и другие симптомы, имеет большие размеры (превышает объем матки в 12 нед беременности) или же имеются признаки, заставляющие заподозрить злокачественное перерождение опухоли (быстрый рост, размягчение и др.).

Если узлы миомы расположены только в теле матки, а шейка патологически не изменена, производится надвлагалищная ампутация матки (на уровне внутреннего зева).

Если узел расположен в шейке матки или на последней обнаруживаются старые разрывы, гипертрофия, деформация, эктропион, эрозия, полипы, то производят полную экстирпацию матки.

Вопрос о придатках решается во время операции. Если они патологически изменены, то производится удаление матки с придатками.

3. Каковы основные этапы операции надвлагалищной ампутации матки без придатков?

Основные этапы операции надвлагалищной ампутации матки без придатков следующие:

а) лапаротомия нижнесрединная или по Пфанненштилю;

б) мобилизация матки (отсечение от матки маточных труб, собственных связок яичников и круглых маточных связок);

в) вскрытие брюшины пузырно-маточной складки, отсепаровка мочевого пузыря, прилегающего к шейке, и обнажение с обеих сторон маточных сосудов (артерий и вен);

г) клеммирование, перерезка и перевязка маточных сосудов с обеих сторон;

д) отсечение тела матки;

е) зашивание культи шейки матки;

з) перитонизация;

ж) зашивание передней брюшной стенки.

4. Каковы первые этапы операции на матке?

По вскрытии брюшной полости вводятся расширяющие рану зеркала, органы брюшной полости отграничиваются салфетками, затем производится осмотр матки и придатков и намечается объем оперативного вмешательства.

Щипцами Мюзо матка захватывается за дно и выводится за пределы раны. В ряде случаев для выведения матки можно использовать специальный штопор (рис. 89).

5. Что необходимо учесть при выведении матки в рану?

Перед выведением матки в рану необходимо убедиться в том, что нет сращений матки с кишечником и сальником. Если

таковые имеют место, выведению матки должно предшествовать разделение сращений.

6. Каков дальнейший ход операции?

После выведения матки на маточные трубы, на собственные связки яичников и круглые маточные связки с обеих сторон накладываются зажимы Кохера, отступя на 2—3 см от матки. Контрклеммы накладываются на уровне самой матки (рис. 90). Затем труба и связки пересекаются между зажимами и ножницами рассекается соединяющий их мостик брюшины (рис. 91). За лигатуры придатки оттягиваются в сторону и марлевым тупфером края раны разводятся по направлению к шейке.

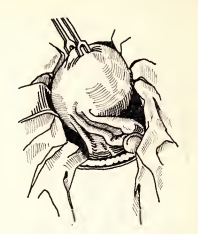


Рис. 89. Надвлагалищная ампутация матки. Захватываиие матки и выведеиие ее в раиу

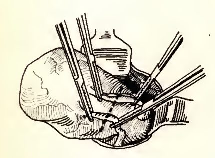


Рис. 90. Надвлагалищиая ампутация матки. Наложеиие зажимов иа придатки

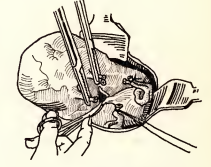


Рис. 91. Надвлагалищиая ампутация матки. Пересечение придатков матки. Вскрытие параметрия

7. Как производится рассечение пузырно-маточной складки брюшины?

За лигатуры круглые маточные связки оттягиваются в стороны и между ними в поперечном направлении производится

рассечение пузырно-маточной складки, которую предварительно захватывают пинцетом в месте наибольшей ее подвижности (рис. 92). Затем брюшина тупым путем или ножницами отделяется от матки.

Таким образом, пузырно-маточная складка брюшины вместе с частью отделенного мочевого пузыря низводится по направлению к шейке несколько ниже внутреннего зева шейки матки, берется на зажим и отводится надлобковым зеркалом (рис. 93). Вскрытие и низведение пузырно-маточной складки брюшины дает возможность еще больше низвести брюшину с боковых поверхностей матки и делает доступным подход к маточным сосудам.

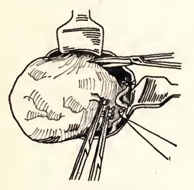


Рис. 92. Надвлагалнщная ампутация маткн. Рассечение пузырно-маточной складки

Рис. 93. Надвлагалнщиая ампутация матки. Отсепаровка пузырно-маточной складкн, смещенне мочевого пузыря кннзу

8. Как производится перевязка сосудистых пучков?

Следующий этап операции — клеммирование, пересечение и перевязка сосудистых пучков с обеих сторон. Сосуды клеммируются на уровне внутреннего зева, после пересечения перевязываются кетгутом таким образом, чтобы лигатура, проводимая иглой, могла захватывать ткань шейки матки (сосудистый пучок как бы привязывается к ребру шейки матки) (рис. 94). В тех случаях, когда подход к сосудистому пучку затруднен из-за значительной деформации, сосудистые пучки с обеих сторон клеммируются и тело матки отсекается на уровне внутреннего зева, причем отсечение должно вестись таким образом, чтобы образовался «конус» с вершиной, направленной к просвету шеечного канала (рис. 95). После удаления препарата приступают к лигированию сосудистых пучков (по вышеуказанному принципу) и зашиванию культи шейки маткн (рис. 96).

Непосредственно перед лигированием сосудов и зашиванием культи шейки матки просвет шеечного канала смазывается йодом. Конусовидное отсечение тела матки дает возможность хорошо сопоставить края оставшейся культи шейки матки отдельными узловатыми кетгутовыми швами.

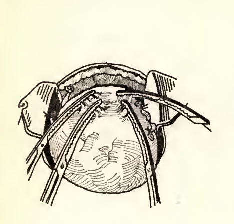


Рис. 94. Надвлагалищная ампутация матки. Наложеиие зажимов иа сосудистые пучки

Рис. 95. Надвлагалищная ампутация матки. Отсечение тела матки от шейки

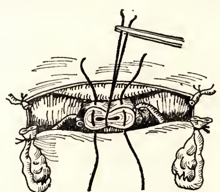


Рис. 96. Надвлагалищиая ампутация матки. Зашиваиие шейки

9. Каковы следующие действия хирурга по ходу операции?

Хирург должен внимательно осмотреть лигатуры, лежащие на культях шейки, связок, труб, маточных сосудах, и, убедившись в надежности гемостаза, приступить к перитонизации раневых поверхностей.

10. Как производится перитонизация?

Перитонизация осуществляется за счет брюшины пузырно-маточной складки и листков широких связок матки непрерывным кетгутовым швом. Делается это таким образом: двумя-тремя стежками пришивают край пузырно-маточной складки к задней поверхности оставленной шейки и таким образом культя шейки закрывается брюшиной (рис. 97). Затем этой же

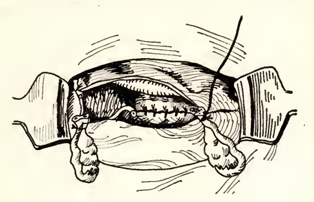


Рис. 97. Надвлагалищная ампутация матки. Начало перитонизации

лигатурой последовательно проводят кисетный шов через край заднего листка широкой связки, через брюшину маточной трубы и собственной связки яичника, через брюшину круглой связки и, наконец, через край пузырно-маточной складки брюшины. При затягивании кисетного шва культи погружаются под брюшину. Таким же кисетным швом перитонизируют культи на другой стороне (рис. 98).

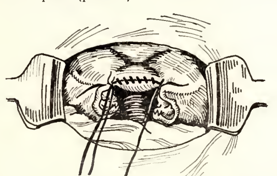


Рис. 98. Надвлагалищная ампутация матки. Перитонизация закончена

11. Каковы особенности хода операции при интралигаментарно (межсвязочно) расположенном миоматозном узле?

Если узел миомы располагается интралигаментарно, то для его удаления перерезают и перевязывают круглую маточную связку, трубу, собственную связку яичника и между культями связок пересекают брюшину широкой маточной связки. Через этот разрез тупым путем выделяют интралигаментарно расположенный узел (рис. 99). Освободив часть узла, захватывают его щипцами Мюзо и при потягивании кверху выделяют из рыхлой межсвязочной клетчатки.

12. Какие осложнения могут возникнуть при выделении узла, расположенного интралигаментарно?

При выделении интралигаментарно расположенного узла надо помнить о том, что по заднему и боковому (латеральному) краю узла располагается мочеточник; поэтому надо действовать строго в пределах границ узла и не пересекать никаких тяжей, не убедившись в том, что это не мочеточник. После выделения узла его не отсекают, а приступают к выполнению обычной ампутации матки.

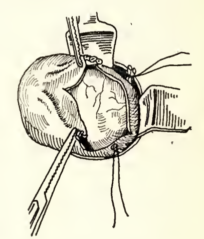


Рис. 99. Выделение межсвязочно расположенного узла миомы матки

13. Каковы последние этапы операции?

По окончании перитонизации производят туалет брюшной полости, получают рапорт операционной сестры о наличии всех инструментов и материала и брюшную рану зашивают послойно наглухо.

Техника операции надвлагалищной ампутации матки с придатками отличается от предыдущей операции только удалением придатков матки и требует выполнения специальных приемов.

14. Что нужно сделать для удаления придатков?

Для удаления придатков необходимо наложить зажимы на подвешивающую (воронкотазовую) связку яичника. Во избежание случайного захвата, проходящего в основании этой связки (близко к стенкам таза) мочеточника, пинцетом приподнимают кверху трубу, и при ее натягивании подвешивающая связка яичника приподнимается, что дает возможность наложить зажимы ближе к придаткам и тем самым обезопасить себя от возможного захвата мочеточника (рис. 100).

В дальнейшем ход операции осуществляется в том же порядке, что и при обычной надвлагалищной ампутации матки.

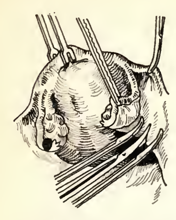


Рис. 100. Надвлагалищная ампутация матки с придатками. Наложение зажимов на подвешивающую связку яичника

Экстирпация матки без придатков

1. Какова техника первых этапов экстирпации матки без придатков?

Первые этапы экстирпации матки сводятся к вскрытию брюшной полости, выведению матки с придатками в рану, наложению зажимов на круглые, собственные связки яичников и маточные трубы с обеих сторон, затем их пересечению и лигированию культей.

В поперечном направлении (между культями круглых связок) вскрывают брюшину в области пузырно-маточной складки. Мочевой пузырь частично острым, частично тупым путем отслаивают книзу до уровня переднего свода влагалища. До этого момента все перечисленные этапы выполняют аналогично тому, как это делается при надвлагалищной ампутации матки. С этого момента экстирпация по технике выполнения будет существенно отличаться от ампутации.

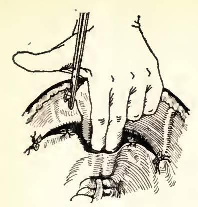
2. Как производится отделение связок и брюшины от матки?

Следующий этап заключается в том, что матку максимально приподнимают кпереди и производят разрез брюшины, покрывающей заднюю поверхность надвлагалищной части шейки над местом прикрепления крестцово-маточных связок. Брюшина тупо отслаивается пальцем или тупфером до границы влагалищной части шейки матки (рис. 101).

После отделения брюшины от шейки матки сзади накладываются зажимы на крестцово-маточные связки с обеих сторон, последние пересекаются и лигируются кетгутовыми лигатурами (рис. 102).

3. Какова техника перевязки сосудистых пучков?

Для перевязки маточных артерий отводят книзу брюшину по ребрам матки, доводя ее до уровня влагалищных сводов, что определяют по разнице (ощущение «порога») в месте перехода шейки во влагалище (рис. 103). Несколько ниже внутреннего маточного зева, отступя кнаружи, накладываются за-



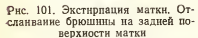


Рис. 101. Экстирпация матки. Отслаивание брюшины на задней поверхности матки

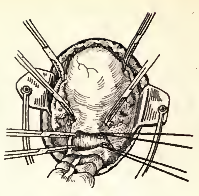


Рис. 102. Экстирпация матки. Пересечение крестцово-маточных связок

жимы на сосудистые пучки с обеих сторон, выше накладываются контрклеммы. Сосудистые пучки между зажимами пересекаются и несколько отодвигаются книзу и латерально, чтобы не мешать последующему удалению матки, и затем перевязываются кетгутом (рис. 104).

Нижние отделы матки освобождают от окружающих тканей путем отслаивания их за пределы шейки матки.



Рис. 103. Экстирпация матки. Определение границы шейки матки

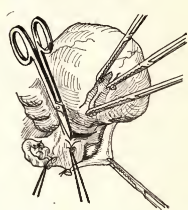


Рис. 104. Экстирпация матки. Пересечение сосудистого пучка

4. Какова техника отсечения матки от стенок влагалища?

После перевязки сосудов и освобождения матки от окружающих тканей передний влагалищный свод захватывается

зажимом, приподнимается кверху и вскрывается ножницами (рис. 105). В разрез вводят марлевую полоску, смоченную йодом, и пинцетом проводят ее во влагалище. Через образованное отверстие по влагалищным сводам накладывают зажимы, при этом предварительно влагалищную порцию шейки матки захватывают щипцами Мюзо и выводят последнюю через разрез в рану, после чего отсекают матку от влагалищных сводов выше наложенных зажимов (рис. 106). Зажимы, оставшиеся на культе влагалища, заменяются кетгутовыми лигатурами.

Культя влагалища зашивается отдельными кетгутовыми швами, при этом просвет влагалища можно закрыть полностью или оставить открытым.

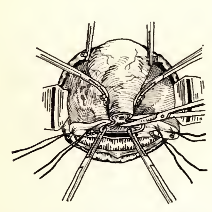


Рис. 105. Экстирпация матки. Вскрытие передиего свода влагалища

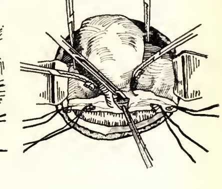


Рис. 106. Экстирпация матки. Отсечение матки от сводов

5. В каких случаях влагалище зашивают наглухо и когда оставляют открытым?

Влагалище зашивают наглухо, если операция прошла чисто.

Влагалище оставляют открытым в тех случаях, когда необходимо обеспечить отток из параметральных отделов, если операция производилась в заведомо инфицированных условиях. Оставшаяся открытой верхняя часть влагалища выполняет роль кольпотомического отверстия и обеспечивает так называемое бестампонное дренирование. Для этого зашивание влагалищной культи производится так, что передний листок брюшины подшивают к переднему краю культи влагалища, а зад-

ний — к заднему. Таким образом отграничиваются предпузырные и прямокишечные отделы параметрия от влагалища.

6. Как выполняется перитонизация?

После зашивания влагалища выполняют обычную перитонизацию: на передний и задний листки брюшины накладывают непрерывный кетгутовый шов, кисетным швом с обеих сторон закрывают культи придатков (рис. 107), затем производится

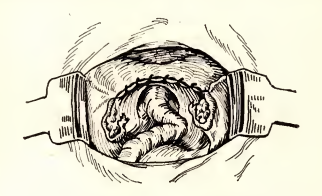


Рис. 107. Экстирпация матки. Перитонизация закончена

туалет брюшной полости, хирург получает рапорт операционной сестры о наличии всех инструментов и материала, и брюшная стенка зашивается послойно наглухо. На кожу накладываются отдельные шелковые швы при продольном разрезе или непрерывный косметический кетгутовый шов при поперечном разрезе по Пфанненштилю и асептическая повязка.

Затем из влагалища извлекается марлевая полоска, введенная во время операции, влагалище осушается стерильными тампонами, обрабатывается спиртом. Моча выводится катетером, если не было постоянного катетера во время операции, и после экстубации больная переводится в палату.

Экстирпация матки с придатками

Техника экстирпации матки с придатками почти не отличается от вышеописанной. Для удаления придатков необходимо наложить зажимы на подвешивающую (воронкотазовую) связку яичника с обеих сторон. К удалению придатков прибегают в том случае, если по вскрытии брюшной полости они оказываются патологически измененными.

Операции при аденомиозе

Аденомиоз, или внутренний генитальный эндометриоз, характеризуется разрастанием эндометриоидных гетеротопий в мышечном слое матки. Основным клиническим проявлением этого патологического состояния является нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи. Практически всегда эта патология осложняется развитием вторичной анемии.

1. Что является показанием к оперативному лечению при аденомиозе?

Показанием к операции при аденомиозе является стойкая прогрессирующая вторичная анемия и безуспешность консервативного лечения.

2. Какие операции применяются при аденомиозе?

При аденомиозе применяются надвлагалищная ампутация матки с захватом перешейка матки (низкая надвлагалищная ампутация матки), надвлагалищная ампутация матки с конусовидным иссечением цервикального канала; экстирпация матки.

3. В каких случаях применяется низкая надвлагалищная ампутация матки?

Низкая надвлагалищная ампутация матки применяется во всех случаях аденомиоза, если нет поражения эндометриозом шейки матки, при отсутствии любой другой патологии на шейке матки.

4. Когда применяется экстирпация матки?

Экстирпация матки применяется в случае, если имеется сочетание аденомиоза с эндометриозом шейки матки или с любой другой патологией на шейке матки.

Техника операций надвлагалищной ампутации матки и экстирпации матки описана в соответствующем разделе данной главы.

В последнее время при аденомиозе применяется операция надвлагалищной ампутации матки с конусовидным иссечением слизистой цервикального канала, предложенная В. И. Ельцовым-Стрелковым.

5. Каковы особенности операции, предложенной В. И. Ельцовым-Стрелковым?

Первый этап операции надвлагалищной ампутации матки производится как обычно (см. технику надвлагалищной ампутации матки).

После отсечения тела матки с перешейком и перевязки сосудистых пучков с обеих сторон производится конусовидное иссечение цервикального канала.

6. Какова техника осуществления этого этапа?

Для осуществления конусовидного иссечения цервикально-

го канала культя шейки матки спереди и сзади плотно фиксируется зажимами. В толщу шейки матки на расстоянии 0,5 см от слизистой цервикального канала перпендикулярно проводится острый узкий скальпель и круговым движением иссекаются слизистая цервикального канала с небольшим слоем подлежащих к ней тканей. После этого накладываются гемостатические швы кетгутом (погружные), затем культя шейки матки зашивается отдельными кетгутовыми швами и производится обычная перитонизация за счет пузырно-влагалищной складки брюшины и листков широких связок матки.

7. С какой целью применяется иссечение слизистой цервикального канала?

Клиническая практика показывает, что, как правило, аденомиоз распространяется не только на перешеек матки, но и на слизистую цервикального канала.

Предложенная операция создает условия для радикального удаления патологического процесса, является профилактикой рецидива аденомиоза и, кроме того, не нарушает архитектоники влагалища.

Глава VII
ОПЕРАЦИИ НА МАТОЧНЫХ ТРУБАХ И ЯИЧНИКАХ

Показания к оперативному лечению при заболеваниях маточных труб довольно ограничены. Наиболее часто хирургическое вмешательство на трубе производится по поводу трубной беременности, реже — при наличии изолированного пио- и гидросальпинкса, еще реже с целью стерилизации. Пластические операции при трубном бесплодии рассмотрены в отдельной главе.

Необходимость хирургического лечения заболеваний яичников возникает значительно чаще. Оперативному лечению подлежат различные новообразования яичников доброкачественного характера (разумеется, операция является методом лечения и злокачественных опухолей яичников, однако в этих случаях объем оперативного вмешательства существенно расширяется).

1. Какие типы операций производятся на маточных трубах?

При имеющихся выраженных воспалительных изменениях маточной трубы, когда восстановление функции пораженной трубы является невозможным (пиосальпинкс, нарушенная трубная беременность и др.), производится удаление трубы. В ряде случаев возможно производство консервативно-пластических операций на трубах, восстанавливающих функцию маточных труб. Особую группу составляют операции, производимые на маточных трубах с целью стерилизации.

2. Какова техника удаления маточной трубы?

После вскрытия брюшной полости, отграничения операционного поля от сальника и петель кишечника матка фиксируется пулевыми щипцами или прошивается в области дна крепкой лигатурой, не прокалывая эндометрия. Матка выводится в рану. Если имеются спайки между маточной трубой и петлями кишечника, яичником, маткой, их осторожно разделяют острым путем и расправляют трубу с брыжейкой. На брыжейку трубы последовательно накладываются зажимы от ампулярного конца к углу матки. Трубу отсекают над зажимами, участки брыжейки под зажимами прошивают кетгутом и перевязывают (рис. 108).

3. Производится ли при удалении маточной трубы иссечение трубного угла матки?

Иссечение трубного угла матки не производится, так как риск возникновения беременности в интрамуральном участке удаленной маточной трубы значительно меньше риска разрыва матки по рубцу при наступлении маточной беременности.

4. Как производится перитонизация культи маточной трубы и мезосальпинкса?

Культя мезосальпинкса подтягивается к трубному углу матки за счет связывания первой и последней (у трубного угла) лигатуры. Перитонизация производится за счет круглой связки, которую несколькими швами кетгутом подшивают к задней поверхности матки (рис. 109).

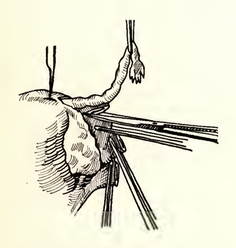


Рис. 108. Удаление маточной трубы. Отсечение трубы после наложения зажимов на мезосальпинкс

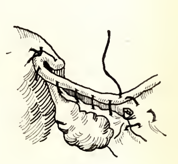


Рис. 109. Удаление маточной трубы. Перитонизация

5. Что такое хирургическая стерилизация?

Хирургическая стерилизация — это преднамеренное создание непроходимости маточных труб для предупреждения наступления беременности.

6. В каких случаях производится хирургическая стерилизация женщины?

Хирургическая стерилизация чаще всего производится во время операции кесарева сечения при наличии двух детей и противопоказаний к наступлению последующих беременностей (повторные операции на матке, повторные чревосечения со спаечным процессом в брюшной полости и т. п.). Реже хирургическая стерилизация производится как отдельная самостоятельная операция при экстрагенитальных заболеваниях, в случае когда наступление беременности угрожает здоровью и жизни женщины (тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, болезни крови и др.).

7. Какова техника хирургической стерилизации?

Существует значительное количество методов хирургической стерилизации женщины, однако наилучшие результаты дает метод резекции маточной трубы на протяжении. Для выполнения этой операции после выведения матки в операционную рану натягивают брюшину маточной трубы между зажимами и рассекают ее над трубой на протяжении. Трубу освобождают от брюшины (рис. 110), производят резекцию между двумя наложенными шелковыми лигатурами. После этого культи трубы погружаются между двумя листками мезосальпинкса, а листки сшивают, производя перитонизацию (рис. 111).

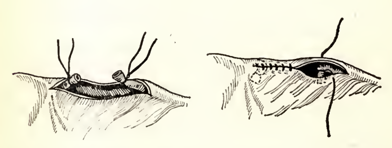


Рис. 110. Хирургическая стерилизация. Маточная труба резецирована, культи перевязаны

Рис. 111. Хирургическая стерилизация. Перитонизация

8. Какие методы хирургической стерилизации существуют кроме описанного?

Кроме описанного метода иногда применяют более быст-

рый, но менее надежный — по Мадлендеру. При выполнении стерилизации по этому методу раздавливающий зажим накладывают на петлю маточной трубы и раздавленный участок перевязывают шелковой лигатурой (рис. 112).

В последнее время применяют также стерилизацию с помощью манипуляционного лапароскопа. При этом нарушение проходимости труб достигается их электрокоагуляцией специальным инструментом.

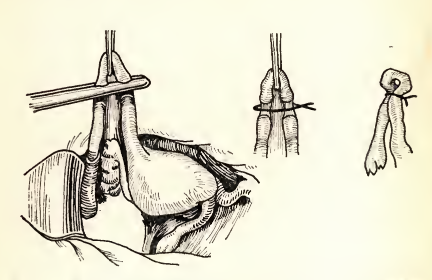


Рис. 112. Хирургическая стерилизация по Мадлендеру. Этапы операции

9. Какие типы операций производятся на яичниках?

На яичниках производятся следующие операции:

1) удаление части (резекция) яичника;

2) удаление опухолей яичника и его придатков, расположенных межсвязочно;

3) удаление кист яичника, имеющих ножку.

10. В каких случаях производится удаление части яичника?

Удаление части яичника производится в случае наличия доброкачественного процесса, оставляющего часть ткани яичника неповрежденной. Такие операции особенно показаны больным молодого возраста, когда наиболее важно сохранить гормональную функцию яичника. Чаще всего резекция яичника производится при склерокистозно измененных яичниках (синдром Штейна — Левенталя), небольших размерах ретенционной и дермоидной кист яичника, реже при наличии эндометриоза и воспалительных изменений яичника.

11. Какова техника резекции яичника?

При резекции яичника обычно с помощью двух разрезов производят иссечение пораженной его части в виде клина (рис. 113). При этом не следует доводить разрез до области ворот яичника, чтобы не вызвать нарушения кровообращения в его оставшейся части. При склерокистозном изменении яичников операцию производят с двух сторон, удаляя не менее $^2/_3$ ткани яичника. Кровоточащие сосуды лигируют тонким кетгутом, после чего рану яичника зашивают непрерывным или отдельными кетгутовыми швами, используя тонкую (кишечную) иглу.

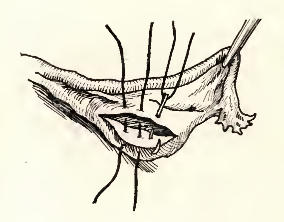


Рис. 113. Резекция яичника

В последние годы с успехом применяется операция демедуляции, которая производится следующим образом: по свободному краю яичника делается линейный разрез от полюса до полюса, а затем тупым и острым путем максимально удаляют мозговой слой яичника. Яичник восстанавливают наложением отдельных П-образных швов, располагая швы перпендикулярно по отношению к воротам яичника.

12. Чем объясняются анатомо-топографические особенности расположения кист и кистом яичников?

Кисты и кистомы яичников могут располагаться интралигаментарно в случае преимущественного роста в направлении ворот яичника (часть яичника, покрытая брюшиной) или иметь выраженную ножку при росте в противоположном направлении. Техника оперативного вмешательства в обоих случаях будет различной.

13. Как производится удаление интралигаментарно расположенной кисты яичника?

Удаление интралигаментарно расположенной кисты яичника может представлять значительные трудности, так как возможны изменения топографии мочеточника, а нижний полюс образования нередко доходит до околовлагалищной клетчатки. При этом возможно соприкосновение кисты с маточными сосудами, мочевым пузырем или прямой кишкой. Разрез переднего листка мезосальпинкса производят между трубой и круглой маточной связкой, где наименее вероятно наличие мочеточника (рис. 114). Вылущивание кисты следует делать очень осторожно, оперируя как можно ближе к капсуле кисты. После удаления образования осуществляют тщательный гемостаз и сшивают листки широкой связки.

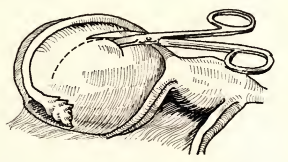


Рис. 114. Удаление интралигаментарно расположенной кисты яичника. Вылущивание кисты

14. Какова техника удаления кист и опухолей яичника, имеющих выраженную ножку?

Удаление образования, исходящего из яичника и имеющего ножку, обычно трудностей не представляет. Ножка в большинстве случаев состоит из растянутой в длину подвешивающей и собственной связки яичника, а также маточной трубы и части заднего листка широкой связки матки (рис. 115). При наличии распластанной, измененной маточной трубы, которая входит в состав ножки, производят ее удаление вместе с яичником, т. е. удаляют целиком придатки матки. Обычно для удаления придатков накладывают два зажима: на подвешивающую связку яичника и на собственную связку яичника вместе с трубой (рис. 116). Удаляемые придатки отсекаются ножницами, культи прошиваются кетгутовыми лигатурами. Перитонизацию осуществляют, сшивая круглую связку с листком (задним) широкой связки, прикрывая все культи (рис. 117).

15. Каковы особенности удаления опухоли яичника при перекручивании ее ножки?

Опухоль, или киста яичника, имеющая ножку, может изме-

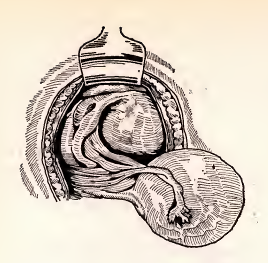


Рис. 115. Ножка кисты яичиика

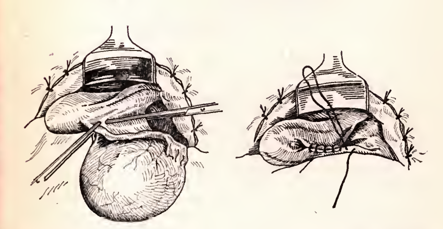


Рис. 116. Удалеиие кисты яичиика. Наложеиие зажимов иа иожку кисты

Рис. 117. Удалеиие кисты яичника. Перитонизация

нять свое положение в брюшной полости, иногда при этом происходит перекрут ножки с нарушением питания опухоли. Следствием нарушения кровообращения в опухоли обычно бывает воспаление ее с образованием спаек или некроз с разрывом капсулы. При оперативном удалении перекрутившейся опухо-

ли почти всегда (при известиой давиости процесса) приходится разделять спайки, освобождая опухоль из сращеиий. Ни в коем случае ие следует раскручивать иожку до наложеиия лигатуры, так как при этом может произойти отрыв имеющегося в сосудах тромба с возиикиовением эмболии и попадаиие продуктов распада опухоли (иекротических ткаией) в кровоток (рис. 118).



Рис. 118. Перекрут ножкн кнсты яичннка. Зажимы наложены на ножку кисты над местом перекрута

16. В каких случаях производится удаление придатков матки?

Как уже было сказаио, удалеиие придатков матки производится при иаличии иожки у образоваиия, исходящего из яичиика, в который входит и измеиеииая маточиая труба. Удаление маточиой трубы вместе с яичиком производится также при иаличии так иазываемой тубоовариальиой воспалительиой опухоли придатков. В этом случае матка и труба представляют собой воспалительиый коигломерат, обычио имеющий обширные сращеиия с соседиими оргаиами.

17. Как производится операция при тубоовариальных воспалительных опухолях?

После вскрытия брюшиой полости производится тщательное ориеитирование в аиатомо-топографических взаимоотношениях тазовых оргаиов, как правило, зиачительио измеиеиных воспалительиым процессом. После отграиичеиия операционного поля стерильными салфетками производят разделение

спаек. Вначале отделяют сальник острым и тупым путем в зависимости от толщины спаек. После отделения от придатков сальник заправляют кверху и осторожно отделяют от воспалительного образования петли кишечника, мочевой пузырь и другие спаянные с придатками органы. В процессе отделения определяются границы удаляемой опухоли. При полном удалении придатков с какой-либо стороны зажимы накладывают вначале на подвешивающую связку яичника, а затем по направлению к углу матки захватывают верхний отдел широкой связки вместе с собственной связкой яичника. Производят иссечение интрамурального отдела трубы. Связки перерезают и лигируют кетгутом. На рану угла матки накладывают два кетгутовых шва. Перитонизация производится с помощью круглой и широкой связок матки.

Глава VIII
ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ

Положение матки в малом тазу, а следовательно, и положение связанных с нею яичников и маточных труб зависит от ряда факторов, среди которых можно выделить важнейшие: состояние подвешивающего, поддерживающего и фиксирующего аппаратов матки. Под влиянием различных причин состояние анатомических образований, входящих в названные системы, может изменяться (частые роды и роды с травмой промежности, тяжелый физический труд, особенно в детском возрасте, врожденная слабость связочного аппарата и др.).

1. Что называется поддерживающим аппаратом матки?

Поддерживающим аппаратом матки называются мышцы тазового дна, наиболее важными из которых, обеспечивающими противодействие внутрибрюшному давлению, являются мышцы, поднимающие задний проход.

2. Что такое подвешивающий аппарат матки и придатков?

Подвешивающий аппарат матки и ее придатков — это связки: круглые, идущие от трубных углов матки через паховые каналы в клетчатку больших половых губ; широкая, представляющая собой дупликатуру брюшины, покрывающей тело матки, которая идет к боковым стенкам таза и продолжается в париетальную брюшину; поддерживающая связка яичника, удерживающая яичник и ампулярный отдел маточной трубы в подвешенном состоянии и идущая от ампулярного отдела трубы к стенке таза в области крестцово-подвздошного сочленения; собственная связка яичника идет от угла матки к внутреннему полюсу яичника, прикрепляя его к матке (рис. 119).

3. Что представляет собой фиксирующий аппарат матки?

Фиксирующий аппарат матки — это соединительно-тканные

образования, идущие от матки на уровне внутреннего зева ее шейки к соседним органам и стенкам таза.

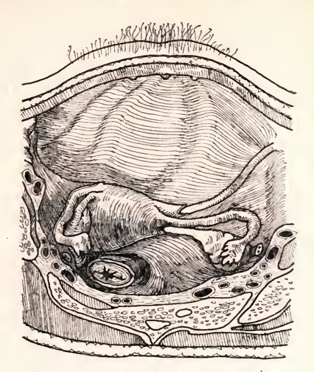


Рис. 119. Подвешивающий аппарат матки. Часть брюшины справа отсутствует

Наиболее мощной частью фиксирующего аппарата являются основные связки, представляющие собой нижние части широкой связки, и крестцово-маточные, обходящие прямую кишку и сливающиеся с тазовой фасцией на внутренней поверхности крестца.

4. Каково физиологическое расположение внутренних половых органов женщины?

Физиологическое расположение внутренних половых органов женщины таково, что матка (при опорожненных мочевом пузыре и прямой кишке) находится в середине малого таза на одинаковом расстоянии от плоскостей его входа и выхода. При этом матка обычно находится в состоянии сгибания кпереди так, что угол между шейкой и телом матки открыт кпереди (рис. 120).

Половая щель в норме закрыта (у нерожавших) или слегка

приоткрыта (у рожавших), но стенки влагалища находятся выше уровня входа во влагалище.

5. Каковы варианты атипичного расположения матки в малом тазу?

Матка может отклоняться кзади (рис. 121) или чрезмерно перегибаться кпереди. Кроме того, матка может смещаться вправо и влево, отодвигаться к крестцу или лону. Такие смещения матки обычно вызываются кистой или опухолью придатков с противоположной смещению стороны или спаечным процессом после воспаления, операции с той стороны, куда произошло смещение.

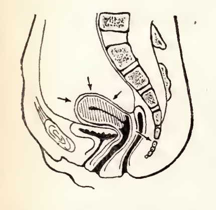


Рис. 120. Нормальное положение матки

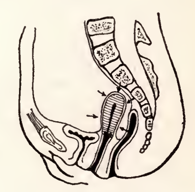


Рис. 121. Ретрофлексия матки

Матка может также перемещаться кверху при наличии опухоли в нижнем отделе малого таза, однако наиболее часто происходит ее опущение или выпадение. Именно такие варианты патологического расположения матки чаще всего требуют хирургического лечения.

6. Что называется опущением и выпадением матки?

Опущением матки называется расположение ее в полости малого таза ниже физиологического. Если при этом часть матки или вся она располагается ниже уровня входа во влагали-



Рис. 122. Полное выпадение матки

ще, говорят о неполном или полном ее выпадении (рис. 122).

Как правило, опущение или выпадение матки сопровождается опущением стенок влагалища с образованием цисто- или ректоцеле, так как стенки влагалища связаны с мочевым пузырем и прямой кишкой.

7. При каких нарушениях расположения внутренних половых органов чаще всего производится оперативное лечение?

Хирургическое лечение чаще всего производится при опущениях и выпадениях матки и стенок влагалища, а также фиксированной ретрофлексии с выраженным болевым синдромом (особенно во время менструации) и бесплодием.

Хирургическое лечение, производимое при наличии кист или опухолей придатков, как правило, также устраняет имеющиеся при этом нарушения положения матки (ее смещение в стороны или вверх).

8. Какие операции производятся при опущениях и выпадениях стенок влагалища?

При опущениях и выпадениях стенок влагалища без нарушения положения матки производят переднюю или заднюю кольпоррафию. Техника этих операций описана в главе «Операции на наружных половых органах и влагалище».

9. Какие операции производят при опущениях и выпадениях матки?

При опущениях и выпадениях матки предложено большое количество операций, из которых в настоящее время как наиболее эффективные применяются следующие:

1) срединная кольпоррафия — операция Лефора — Нейгебауэра (ее техника также описана в главе «Операции на наружных половых органах и влагалище»);

2) влагалищная экстирпация матки без придатков;

3) операция укорочения круглых связок (наиболее распространена в модификации Вебстера — Бальди — Дартига);

4) комбинированные операции, восстанавливающие функцию поддерживающего и подвешивающего аппаратов матки;

5) операции с применением аллопластических материалов.

Влагалищная экстирпация матки

1. В каких случаях производят влагалищную экстирпацию матки при ее выпадениях?

Влагалищную экстирпацию матки производят обычно у больных пожилого возраста при наличии патологических процессов влагалищной части шейки матки (псевдоэрозии, трофические язвы, лейкоплакия и др.), а также при имеющейся миоме матки. Влагалищная экстирпация сохраняет возможность половой жизни женщины.

Следует подчеркнуть, что эта операция не устраняет основ-

ной причины выпадения матки — слабости мышц тазового дна, поэтому она должна сочетаться с пластикой промежности и влагалища.

2. Какова техника влагалищной экстирпации матки?

Основные этапы выполнения этой операции следующие: после иссечения клиновидного лоскута из передней стенки влагалища производят циркулярный разрез на боковых и задней стенках влагалища (рис. 123). Отслаивают мочевой пузырь спереди, стенку влагалища сзади.

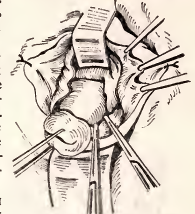


Рис. 123. Влагалищная экстирпация матки. Разрез стенок влагалища. Отсепаровка и смещение вверх мочевого пузыря

Следующим этапом операции является передняя и задняя кольпотомия, описанные в главе «Операции на наружных половых органах и влагалище». Матку выводят через переднее кольпотомное отверстие и после наложения зажимов на круглые, широкие и крестцово-маточные связки удаляют.

Культи круглых, широких и крестцово-маточных связок сближают и сшивают узловатыми швами (рис. 124).

Двумя узловатыми швами сшивают края разреза влагали-

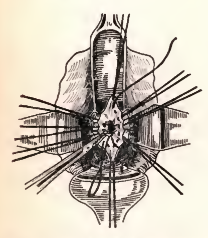


Рис. 124. Влагалищная экстирпация матки. Сшивание культей связок

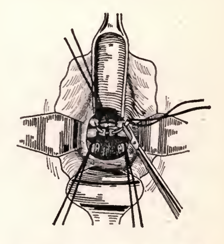


Рис. 125. Влагалищная экстирпация матки. Сшивание краев стенок влагалища

ща с одной и с другой стороны, проводя лигатуры через сшитые между собой культи связок (рис. 125). Затем непрерывным или узловатыми швами сшивают влагалищную стенку.

3. Каковы показания к операции укорочения круглых связок?

Укорочение круглых связок как самостоятельная операция может производиться у молодых женщин с опущением или патологической ретрофлексией матки при отсутствии опущения стенок влагалища и сохраненной функцией мышц тазового дна.

4. Как производится операция укорочения круглых связок в модификации Бальди — Дартига — Вебстера?

После произведенного чревосечения и фиксации матки пулевыми щипцами или прошивания ее дна лигатурой перфорируют листки широкой связки в бессосудистой зоне корнцангом, захватывая круглые связки (рис. 126) и выводя их на заднюю поверхность матки (рис. 127).

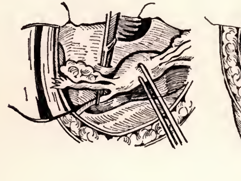


Рис. 126. Укорочение круглых связок матки по Бальди — Дартигу — Вебстеру. Захватываиие круглой связки

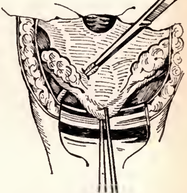


Рис. 127. Укорочеиие круглых связок по Бальди — Дартигу — Вебстеру. Выведеиие круглой связки на заднюю поверхность матки

Обе петли круглых связок сближают и сшивают кетгутовыми лигатурами (рис. 128). Укорочение круглых связок фиксирует матку в более высоком положении в малом тазу.

5. Что представляет собой комбинированный метод лечения опущений и выпадений матки?

Чаще всего комбинированный хирургический метод лечения опущений и выпадений матки заключается в укорочении круглых связок в сочетании с кольпоперинеопластикой. Применение оперативного вмешательства на поддерживающем и подвешивающем аппаратах матки обеспечивает наиболее стойкий эффект и сохраняет не только половую, но и детородную функции женщины.

6. Как используются аллопластические материалы при производстве операций при опущениях и выпадениях матки?

В. И. Ельцов-Стрелков предложил для более надежной фиксации матки в подвешенном состоянии использовать капроновую (летилан-лавсановую) сетку.

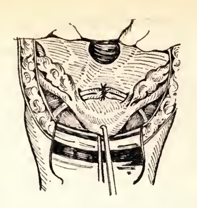


Рис. 128. Укорочение круглых связок по Бальди — Дартигу — Вебстеру. Сшивание петель круглых связок

Техника этой операции следующая: после нижнесрединной лапаротомии дно матки прошивают лигатурой, за которую матку удерживают в подвешенном состоянии. В апоневрозе на уровне внутреннего отверстия пахового канала производят прокол скальпелем, после чего в отверстие через все слои брюшной стенки проводят через корнцанг. Корнцанг проходит через внутреннее паховое кольцо, под круглой связкой, между листками широкой связки до угла матки. После прокола переднего листка широкой связки бранши корнцанга раскрывают захватывают конец капроновой ленты шириной около 2 см и длиной около 12 см и извлекают корнцанг из канала (рис. 129).

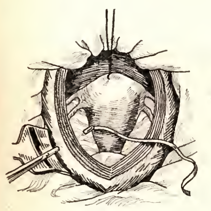


Рис. 129. Репозиция матки по В. И. Ельцову-Стрелкову. Проведение летилан-лавсановой ленты

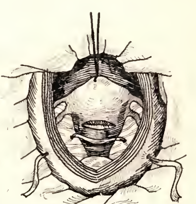


Рис. 130. Репозиция матки по В. И. Ельцову-Стрелкову. Летилан-лавсановая лента проведена и укладывается в надрез на передней стенке матки

Аналогично проводят другой конец ленты с противоположной стороны.

Затем на передней стенке матки от одной круглой связки до другой производят неглубокий надрез (до 3 мм), в который укладывают полоску капрона (рис. 130) и фиксируют ее швами. Капроновую ленту подтягивают, поднимая матку до уровня несколько выше физиологического, чтобы матка «висела», но сохраняла подвижность.

Производят послойное зашивание передней брюшной стенки, при этом концы капроновой сетки перекрещивают и подшивают к апоневрозу.

После такой операции матка сохраняет необходимую подвижность и надежно удерживается в «подвешенном» состоянии в малом тазу.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

Учебное пособие

Редактор *Е. Е. Митина*
Худож. редактор *Л. А. Прокопова*
Техн. редактор *Е. А. Ионова*
Корректор *В. С. Сопина*

Тематический план 1985 г., № 39

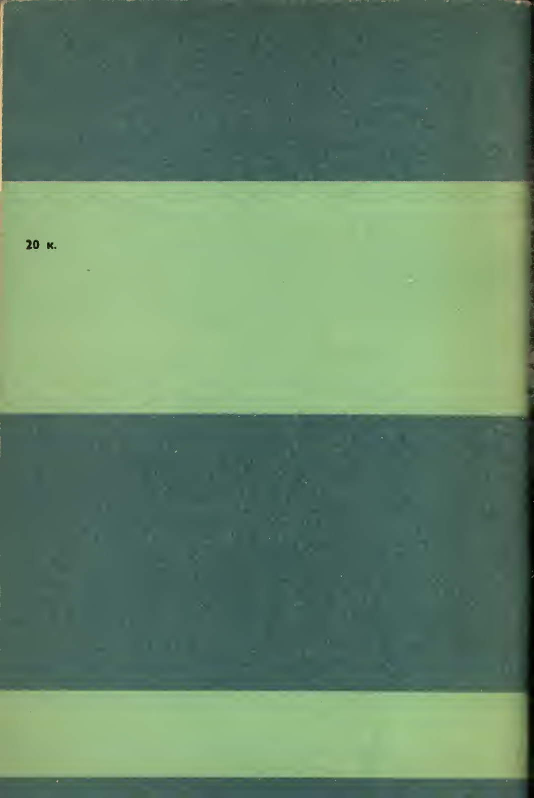
ИБ№5

Сдано в набор 4.02.85. Подписано в печать 12.07.85. Формат $60\times90^1/_{16}$.
Бумага тип. № 2. Гарнитура литературная. Печать высокая.
Усл. печ. л. 5,5. Усл. кр.-отт. 5,875. Уч.-изд. л. 5,05. Изд. № 39. Тираж 35 500.
Заказ 214. Цена 20 коп.

Издательство Университета Дружбы народов.
117923, Москва, ул. Орджоникидзе, 3

Набрано в типографии Издательства УДН.
117923, Москва, ул. Орджоникидзе, 3

Отпечатано в ПО «Чертановская типография»
Управления издательств, полиграфии и книжной торговли
Мосгорисполкома. 113545, Москва, Варшавское шоссе, 129а. Заказ 1452


20 к.